МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ГО "ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ"

XI СИМПОЗІУМ

"Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія"

19–20 вересня 2019 р.,
Курорт Коблево, Миколаївська область

Діагнол®

MACROGOL

ОСМОТИЧНИЙ ПРОНОСНИЙ ЗАСІБ

Реєстраційне посвідчення № UA/11708/01/01
УКР/ПРОМО/01/2016/ДІА/ПБ/001

Інформаційний матеріал для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Підготовка кишечнику до*:

- ✓ проведення діагностичних процедур: (ендоскопічні та рентгенологічні дослідження)
- ✓ хірургічних втручань на кишечнику

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ

“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ”

XI симпозіум

«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

Курорт Коблево, Миколаївська область, Україна

19–20 вересня 2019 р.

Матеріали симпозіуму

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

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

© ГО “ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ”

ВИПАДОК РОЗПОВСЮДЖЕНОЇ ДИФУЗНОЇ ЛІМФОМИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Артюшенко М.Є., Тумак І.М., Гомзяк Г.В., Кароль Ю.С., Мотринець Н.П.

КНП КЛШМД м.Львова, КНП 5-та МКЛ м.Львова, медичний центр «Асія» (м. Самбір).

Вступ. Лімфоми товстої кишки є порівняно рідкісними, становлять лише 6-12% усіх лімфом травного каналу і, на відміну від шлунка, переважно не є первинними, а пов'язані з вторинним ураженням кишківника при розповсюдженому захворюванні. Якщо первинні лімфоми товстої кишки частіше мають вигляд щільних поліповидних утворів, часом з виразкуванням, то вторинні – інфільтративних змін слизової оболонки (крихка, ригідна, повнокровна), часом з множинними дрібними припіднятими і плоскоприпіднятими змінами, переважно у лівих відділах товстої кишки. Наводимо випадок розповсюдженого ураження усієї товстої кишки лімфомою (вірогідно первинною) з інфільтративним ендоскопічним фенотипом.

Опис випадку. Пацієнтка К., 52 р., скерована на колоноскопію з приводу проносів, здуття живота, втрати ваги, втомлюваності. Вважає себе хворою протягом року, коли при обстеженні з приводу ангіни була виявлена гіпертрофія мигдаликів. При біопсії – хронічне запалення. Абдомінальні скарги відзначає протягом останніх двох місяців. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Заг. аналіз крові: гемоглобін 118 г/л, еритроцити 4,44 $\times 10^{12}$ /л, лімфоцити – 11,1$\times 10^{9}$ /л, формула – б/о, Біохімічні тести – в межа норми.

Колоноскопія – підготовка задовільна (6 балів за Бостонською шкалою), слизова товстої кишки змінена фактично на всьому протязі, однак більш уражені ділянки чергуються з менш зміненими – у прямій кишці, низхідній, частині поперечної ободової і висхідній та сліпій – кишка ригідна, погано роздувається, значно потовщені складки, слизова інфільтрована, крихка, ранима, з численними поліповидними змінами (типу сидячих поліпів і припіднятих змін), місцями нагадує картину пневматозу товстої кишки. У сигмоподібній кишці і частково у поперечній ободовій – слизова набрякла, з численними дрібними припіднятими змінами по типу гіпертрофованих поліпів (нагадує слизову антрального відділу шлунка при зернистій або нодулярній гастропатії). Баугінієва заслінка збільшена, інфільтрована, ригідна, ввести апарат у клубову кишку не вдалося. Множинна біопсія. Гістологія: в біоптатах з усіх ділянок картина схожа – дифузна проліферація переважно середніх лімфоїдних клітин, проліферати прникають у залози і руйнують їх, визначаються резидуальні гермінативні центри. Імуногістохімія: у пухлинних клітинах позитивна реакція на CD20-су (L26), слабко позитивна на SOX-11 (MRQ58), - вогнищево-позитивна на CD5 (SP19), негативна – на CD10/CALLA Ab-1 (56C6), CD3 (SP7), CD23 (SP23).

Висновок: імунофенотип відповідає негоджкінській дифузній В-клітинній лімфомі з клітин зони мантії. ЕГДС: еритематозна гастропатія, зерниста бульбопатія. Комп'ютерна томографія черевної порожнини: нерівномірне дифузне потовщення стінок товстої кишки з дефектами накопичення контрасту у висхідній, поперечній ободовій, низхідній кишці з поширенням на слизову і підслизовий шар. Множинні парааортальні, мезентеріальні лімфатичні вузли, у корені брижі – до 10 мм. Печінка, селезінка, підшлункова залоза, нирки, шлунок – без особливостей.

Клінічний діагноз: негоджкінська дифузна В-клітинна лімфома високого ступеня злоякісності, з зони мантії, CD20+.

Пацієнтці проведено перший курс поліхіміотерапії R-CHOP. Стан покращився. Рекомендована повторна біопсія мигдаликів (у зв'язку з гіпертрофією), повторний курс хіміотерапії через 40 днів.

МОЖЛИВОСТІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ У ЛІКУВАННІ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА

Атаманський І.М., Рьянов А.І., Бурий О.М.

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

Дивертикул Ценкера (ДЦ) – стійке вип'ячування стінки, найчастіше локалізоване по задній стінці у ділянці верхнього сфінктера стравоходу. Виникнення ДЦ є наслідком ослаблення слизової оболонки стравоходу з одночасним збільшенням напруги верхнього стравохідного сфінктеру. Збільшення тиску під час проковтування проштовхує стравохідні тканинні шари за стравохід в середостіння ретрофарингеального простору, утворюючи мішечок з воротами, що обмежені м'язами. Клінічно ця патологія проявляється дисфагією, затримкою їжі. До останнього часу при лікуванні ДЦ переважно використовували відкритий хірургічний метод. Відкритий хірургічний метод забезпечує можливість безпосередніх маніпуляцій на мішку дивертикула і повноцінне виконання міотомії крікофарингеального м'язу. Слід зазначити, що передня стінка між двома цими структурами складається з стінки дивертикула, крікофарингеального м'язу і стінки стравоходу. Перетин цієї перегородки забезпечує її міотомію. Проте при виконанні відкритої операції можуть виникнути наступні ускладнення: зовнішня слинна нориця, стриктура в області глотково-стравохідного переходу, а найголовніше, завжди залишається рубець на шкірі шиї зліва. Лікування має на меті створення загальної порожнини між стравоходом і дивертикулом для запобігання скупченню їжі в дивертикулі.

Сучасні методики із використанням гнучкої ендоскопії для лікування цієї патології значно покращують результати, однак все ще залишається високий відсоток рецидивів (до 25%), досить частими є ускладнення у вигляді перфорації та кровотечі (до 10%). Тому питання вдосконалення ендоскопічної септотомії є актуальною проблемою сучасної медицини.

У нашому інституті спостерігалась пацієнтка К. 1963 р.н., історія хвороби №2546/2019, поступила зі скаргами на затримку їжі, при рентгенологічному та ендоскопічному дослідженні виявлено ДЦ розміром 3х2 см, що містить залишки їжі, слину. За допомогою відеогастроскопу та ендоскопічного ножа ТМ Olympus Triangle Tip Knife, виконали ендоскопічну септотомію (розсічення слизової оболонки, волокон крікофарингеального м'язу). Краї розсіченої оболонки дна дивертикула звели за допомогою гемостатичних кліпс. При контрольному рентгенологічному дослідженні відмітили незначне розширення просвіту верхньої третини стравоходу без ознак затримки контрасту. Через дві доби хвора у задовільному стані виписана із стаціонару.

Таким чином, ендоскопічна септотомія є ефективною, безпечною, малоінвазивною методикою, немає косметичних вад, значно скорочує перебування пацієнта у стаціонарі.

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСКОНТАКТНОГО МЕТОДА ГЕМОСТАЗА SPRAY-КОАГУЛЯЦИИ, ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Бойко В.В., Грома В.Г., Сухомлин Н.П., Грома Е.В.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков.

Введение. На сегодня как в отечественной, так и в зарубежной литературе довольно много сообщений об эффективном применении аргоно-плазменной коагуляции в хирургии и в эндоскопии. Однако отсутствуют данные о возможности использования в малоинвазивной хирургии (в т.ч. и гибкой эндоскопии) еще одного вида бесконтактной термокоагуляции SPRAY COAG, реализованного в аппаратах фирмы Erbe.

Цель работы. Установить возможность и еффективность использования бесконтактного метода термокоагуляции в режиме спрей при проведении эндоскопического гемостаза у больных с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением.

Материалы и методы. В ходе исследования использовались видеоэндоскопические комплексы Olympus, FUJINON, электрохирургические коагуляторы Erbe ICC 350, VIO 300D, 300S в сочетании с эндоскопическими помпами для ирригации тканей ERBE EIP 2 и Olympus, одноразовые эндоскопические инструменты фирм Olympus, Erbe, Endo-flex.

Результаты. Обследованию подверглись 164 больных с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением, находившихся на лечении в государственном учреждении «Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины». У 97 – локальное воздействие оказалось эффективным, для укрепления гемостаза оно дополнено орошением местнодействующими препаратами; у 32 – инъекционным воздействием, у 15 – переведено в аргоно-плазменную коагуляцию, у 12 – комбинированное воздействие: инъекционный гемостаз в сочетании с аргоно-плазменной коагуляцией, у 5 – дополнено клипированием и у 3 – лигированием зоны коагуляции. Неэффективным гемостаз оказался у 5 больных – все они оперированы, также оперированы 2 из 5 пациентов с рецидивом кровотечения.

Выводы. 1. Режим Spray-коагуляции дает эндоскописту возможность полностью бесконтактной работы, т.е. коагуляции без контакта электрода с тканью. Она возможна без изменения эффективности воздействия в условиях одновременной подачи промывной жидкости. 2. Являясь одним из наиболее эффективных, при локальном воздействии на источник кровотечения, метод прост в использовании, не требует значительных материальных вложений и, при условии использования специализированной техники Т-серии, позволяет в разы снизить вероятный риск повреждения аппаратов.

ЕНДОСКОПІЧНО АСИСТОВАНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ, ПРИ ВКЛИНЕНИХ СТОРОННІХ ТІЛАХ ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ, У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДАУНА (2 СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Бойко В.В., Грома В.Г., Журавльов Є.О., Грома Є.В.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України», м. Харків.

Вступ. За офіційною статистикою, кожний 800 новонароджений в Україні страждає на синдром Дауна, соціальна адаптація більшості з яких є вкрай складною проблемою. Ще більш складним питанням є надання невідкладної медичної допомоги цим хворим.

Мета роботи. Розробка хірургічної тактики, при вклинених сторонніх тілах стравоходу у хворих з особливими потребами, спрямованої на збереження цілісності органу, шляхом застосування комбінованих ендоскопічно асистованих хірургічних втручань.

Матеріали та методи. В ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ» були госпіталізовані 2 хворих на синдром Дауна у віці 29 та 32 роки, що проковтнули сторонні тіла – колінний суглоб теляти та фрагмент ратиці свині. Обидва пацієнти – чоловічої статі. Згідно етапності надання медичної допомоги, хворі були доставлені в приймальне відділення Інституту лише через півтори доби з моменту початку захворювання, звідки терміново транспортовані в операційну для проведення ендоскопічного дослідження в умовах седації. У ході дослідження використовували відеоендоскопічний комплекс EXERA II в комплексі з одноразовим інструментарієм фірми Endo-flex.

Результати. Після встановлення гігантських розмірів, локалізації, ймовірного походження сторонніх тіл, прийнята серія безуспішних спроб з видалення сторонніх тіл за допомогою двохканального терапевтичного ендоскопу. Міждисциплінарним консиліумом у складі хірурга, ендоскопіста і анестезіолога прийнято рішення про комбіноване оперативне втручання. Після налагодження ШВЛ хірургічною бригадою виконано доступ по Разумовському. Під відеоендоскопічним контролем виділено шийний відділ стравоходу, без вскриття просвіту бімануально низведено стороннє тіло в грудний відділ стравоходу, а ендоскопом – в шлунок. Пошкодження стінки стравоходу не виявлено. Через тиждень ендоскопічно сторонні тіла в шлунку не були виявлені, рентгенологічно – евакуація по шлунково-кишковому тракту не порушена. Хворі виписані без ускладнень.

Заключення. Застосування комбінованих ендоскопічно асистованих хірургічних втручань, при сторонніх тілах стравоходу гігантських розмірів у хворих з особливими потребами, дозволяє швидко вирішити проблему без пошкодження стінки органу та запобігти низці життєво небезпечних гнійно-септичних ускладнень шиї та середостіння. Госпіталізація цієї категорії хворих повинна відбуватись, минаючи проміжні етапи, відразу до спеціалізованих хірургічних клінік.

ФРАГМЕНТАРНІ ТА ЕТАПНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН. МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ

Бойко В.В., Грома В.Г.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України», м. Харків.

Вступ. Незважаючи на значний клінічний досвід ендоскопічних поліпектомій і різноманіття спеціально розроблених методичних прийомів (EMR, ESD, лігатурна резекція та ін.), досі існують розбіжності про можливості та межі застосування ендоскопічних втручань у торако-абдомінальній хірургії, що стосуються, в основному, допустимих розмірів доброякісних новоутворень та ширини їх основи.

Мета роботи. Вивчити можливості та перспективи застосування фрагментарного та етапного ендоскопічного видалення доброякісних утворень великих розмірів.

Матеріали та методи. Обстеженню підлягли 36 хворих з новоутвореннями дихальної та травної систем великих розмірів, що знаходились на лікуванні, та були прооперовані за допомогою гнучкої ендоскопічної техніки у відділенні оперативної ендоскопії ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ». Більшість склали пацієнти з патологією травного тракту (32 хворих), частина з яких госпіталізована за ургентними показаннями з клінікою гострого порушення прохідності органу (стравоходу – 3, та товстого кишківника – 5). В ході втручань використовували техніку та інструментарій провідних фірм світу: Olympus, Erbe, Endo-flex та ін.

Результати. У всіх хворих досягнута поставлена мета – видалення пухлинного новоутворення, в т.ч. з метою відновлення прохідності відповідного органу. У зв'язку з великими розмірами новоутворення (більшими за розмір петлі) чи неможливістю повного захвату органу (наприклад, повна обтурація бронха) у всіх випадках застосовано фрагментарне видалення пухлини з наступним гістологічним дослідженням усіх фрагментів. Одноетапне видалення проведено 12 хворим, іншим, у зв'язку з недостатньою візуалізацією в зоні втручання, або важким станом хворого, проведене дво- та трьохетапне видалення зі строками між сеансами втручань від одної доби до декількох тижнів.

Заключення. При великих розмірах пухлин, обґрунтованим є фрагментарне видалення з можливістю виконання втручання в два і більше етапів в строки від декількох діб до декількох тижнів.

ЕНДОСОНОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПЕРИПАНКРЕАТИЧНОГО СКУПЧЕННЯ РІДИНИ

Бурий О.М., Хомяк І.В., Терешкевич І.С., Щербина С.І., Мовчан Б.Б.

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

Вступ. Показник захворюванності на гострий панкреатит в Україні становить 60–70 випадків, у країнах Європи 46–100, а США – 11–127 випадків на 100 тис населення. Частим ускладненням гострого панкреатиту є гостре перипанкреатичне скупчення рідини (ГПСР), яке, як правило, утворюється в ранню фазу. За даними контрастно підсиленої КТ ГПСР немає стінки, гомогенне, відмежоване фасціальними структурами клітковини заочеревинного простору, може бути як поодиноким, так і множинними. Більшість ГПСР стерильні, розсмоктуються спонтанно, без хірургічного втручання. Якщо ці скупчення існують понад 4 тижнів, є висока ймовірність утворення псевдокісти підшлункової залози. Питання вибору малоінвазивного лікування в даній ситуації до кінця не вирішений.

Мета роботи. Покращити результати лікування хворих з гострим перипанкреатичним скупченням рідини шляхом широкого використання ендоскопічних методик.

Матеріали та методи. В Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України проведено аналіз ендоскопічного лікування 65 хворих з ГПСР при гострому панкреатиті за період 2012–2019рр. Серед пацієнтів переважали чоловіки – 42, тоді як жінок було 23. Середній вік пацієнтів склав 42±2,4 роки. Основними причинами гострого панкреатиту були: жовчокам'яна хвороба (57%), аліментарна погрішність (35%), нез'ясована причина (8%). Для визначення тактики лікування даних пацієнтів користувались рекомендаціями робочої групи по перегляду класифікації гострого панкреатиту (Атланта, 2012).

Результати. Пацієнти з ускладненим гострим перипанкреатичним скупченням рідини розподілені наступним чином: компресія термінального відділу загальної жовчної протоки з явищами механічної жовтяниці – 18, компрпесія ДПК з явищами гастростазу, інфікування (нагноєння) – 28. Всім пацієнтам проведено пункцію рідинних скопичень з санацією антисептиком під контролем ендосонографії. Отриманий матеріал відправляли на біохімічний та бактеріологічний аналіз. В 43 пацієнтів дане втручання було кінцевим, тоді як в 22 – сформувалась псевдокіста, яку успішно проліковано ендоскопічно за допомогою пластикових стентів по типу «double-pigtail».

Висновки. Малоінвазивне лікування ускладненого гострого перипанкреатичного скупчення рідини під контролем ендосонографії дозволяє зменшити тривалість лікування хворого у стаціонарі, знизити частоту післяопераційних ускладнень і післяопераційну летальність, поліпшити якість життя пацієнтів після операції, прискорити їх реабілітацію.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ ЖИВИХ АСКАРИД ІЗ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧЕВОЇ ПРОТОКИ

Бутницький Ю.І.[1], Буцкін В.Л.[1], Гарасимчук Ю.М[2]., Карел О.І.[3], Коршовський І.Л.[3]

[1]Комунальний заклад Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня», [2]Тернопільська районна лікарня, [3]Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги

Аскаридоз – один з найбільш широко поширених в світі гельмінтозів, яким заражений кожен четвертий житель земної кулі. Хворіє на цю інвазію в світі понад один мільярд людей, більше 600 тисяч помирає, переважно дітей. Це найпоширеніший геогельмінтоз серед населення України, при чому у сільській місцевості захворюваність вища ніж у містах. Збудниками є аскариди (Ascaris lumbricoides), що паразитують в тонкому кишківнику. Клінічні прояви аскаридозу залежать від інтенсивності інвазії та локалізації паразитів. У клінічному перебігу аскаридозу виділяють дві фази: ранню (міграційну, гостру), яка зумовлена міграцією личинок; пізню (кишкову), яку спричинює паразитування гельмінтів у кишечнику. Важким ускладненням аскаридозу може бути проникнення гельмінтів в жовчеві протоки і жовчний міхур. У цих випадках виникають сильні болі, які не знімаються навіть наркотичними анальгетиками. У випадках механічної закупорки аскаридами загального жовчевої протоки виникає жовтяниця. В результаті приєднання бактеріальної інфекції нерідко виникають гнійний холангіт і множинні абсцеси печінки, які можуть ускладнитися, в свою чергу, перитонітом, гнійним плевритом, сепсисом, абсцесами в черевній порожнині. Попадання аскарид в протоки підшлункової залози викликає гострий панкреатит. В діагностиці аскаридозу жовчовивідних протоків домінуюче значення мають методи інструментального обстеження. При цьому на УЗД виявляються: одиночні або множинні лінійні чи звивисті анехогенні полоси, в яких може візуалізуватись центральна трубка. На комп'ютерній томографії – симптом «волового ока», при ендоскопічній ретроградній холангіопанкреатографії – гладкі подовгасті лінійні дефекти наповнення з кінцями, що звужуються. При лікуванні біліарного гельмінтозу ендоскопічна екстракція паразитів показана пацієнтам, які не реагують на консервативне лікування, тобто у яких аскариди зберігаються в жовчних протоках

до трьох тижнів. Хоча, за даними інших авторів, застосування антигельмінтних препаратів при біліарному аскаридозі вважається менш ефективним у зв'язку з їх низькою концентрацією в жовчі. Ендоскопічне видалення аскариди з ампулярного отвору великого дуоденального сосочка може бути проведено в 90–100% пацієнтів, при чому не рекомендується виконання сфінктеротомії у зв'язку з повторною міграцією гельмінтів в жовчеві протоки в 7,1% випадків.

Наводимо клінічний приклад: Хвора К., 42 роки, переведена з інфекційного відділу, де отримувала протигельмінтну терапію вормілом, в хірургію зі скаргами на виділення білих червів при блюванні, больовий синдром, жовтушність шкірних покривів та видимих слизових. Протягом тижня відмічала відходження аскарид при дефекації (приблизно до 20 штук). При обстеженні виявлено: еозинофілію в загальному аналізі крові, підвищення рівня білірубін до 146 мкмоль/л (за рахунок прямого). На ультрасонографії розширений холедох до 16 мм, та дві гладкі гіперехогенні структури без акустичної тіні. При ретроградній панкреатохолангіографії лінійні дефекти наповнення в загальній жовчевій протоці. Виконана папілосфінктеротомія, заведено балон в протоку та було виконано декілька безуспішних спроб підтягування аскарид до просвіту кишки, останні знову ховались в холедох. Тоді, було вирішено використати корзинку Дорміа, якою вдалось частково витягнути тіло гельмінта в просвіт кишки, де за допомогою поліпектомічної петлі захоплено та витягнуто назовні живу аскариду. Застосовуючи дану методику, було видалено чотири аскариди. Хворій в післяопераційний період призначено ворміл 400 мг протягом 3 тижнів, на контрольний огляд через місяць пацієнтка не з'явилась. Отже, незважаючи на потужну протиглисну терапію у хворих при попаданні аскарид в жовчеві протоки необхідно застосовувати ендоскопічні оперативні методи. Зважаючи на те, що при такій патології не рекомендують робити папілосфінктеротомію (ризик рецидивного зараження біліарного дерева внаслідок полегшеного проходження аскарид через ампулу великого дуоденального сосочка), в даному випадку клінічна ситуація потребувала такого методу вирішення. Не завжди доцільно використовувати кошик Дорміа для екстракції гельмінтів, з огляду на те, що можна перерізати і лишити частину аскариди в протоці, що загрожує ендотоксикозом, а в подальшому фрагменти тіла і яйця служать матрицею для літогенезу. В цьому випадку полпектомічна петля практичніша, бо на наш погляд, краще відчувається сила її затягування.

МЕХАНІЧНА ЖОВТЯНИЦЯ СПРИЧИНЕНА КОНКРЕМЕНТОМ ТА ОБОЛОНКАМИ ECHINOCOCCUS GRANULOSUS

Бутницький Ю.І.[1], Буцкін В.Л.1, Гарасимчук Ю.М[2]., Карел О.І[3]., Коршовський І.Л.[3]

[1]Комунальний заклад Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня», [2]Тернопільська районна лікарня. [3]Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги

Одним з головних симптомів різних захворювань гепатобіліопанкреатодуод енальної зони є жовтяниця. Своєчасне визначення причини жовтяниці сприяє вибору правильної лікарської тактики, оперативного втручання і проведення патогенетичної і симптоматичної терапії. Незважаючи на вдосконалення методів діагностики, продовжують залишатися актуальними такі питання, як з'ясування етіології непрохідності жовчних шляхів, та вибір раціонального обсягу оперативного втручання при даній патології. Ехінококоз – це хронічне паразитарне захворювання, при якому печінка, легені та інші органи уражаються кістами личинкової форми стрічкового гельмінта Echinococcus granulosus. В організмі людини гельмінти існують тільки у вигляді личинки, яка представляє собою однокамерний міхур (гідатіозний ехінококоз), або багатокамерний міхур (альвеолярний ехінококоз). Пузир, або ехінококова кіста, складається з двох оболонок: зовнішньої і внутрішньої. Усередині міхура міститься рідина і в ній плавають нові зародки – сколекси. У внутрішній оболонці є спеціальні ділянки, які мають здатність народжувати нові личинки. Пузир повільно збільшується в розмірах, при цьому стискаючи навколишні тканини і порушуючи їхні функції. Захворювання, в основному, тривалий час протікає безсимптомно. Часто ехінококові кісти виявляють під час проведення профілактичного обстеження при рентгенологічному або ультразвуковому дослідженні. При збільшенні кісти в розмірах з'являються симптоми, пов'язані зі здавленням прилеглих органів і тканин. Для діагностики використовуються: рентген, ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія. Лікування ехінококозу здійснюється тільки хірургічним шляхом. У період до і після операції проводять супутнє лікування протигельмінтним препаратом – мебендазолом. Небезпечними ускладненнями є нагноєння або розрив кісти із засіванням ехінококом черевної, плевральної чи якоїсь іншої порожнини.

Клінічне спостереження. Хвора С., 66 р., госпіталізована в терміновому порядку зі скаргами на біль в правому підребер'ї, нудоту, періодичну блювоту, підвищення температури до фібрильних цифр, пожовтіння склер та шкіри. Дані скарги з'явилися декілька днів тому без видимої причини. В загальному аналізі крові підвищення рівня лейкоцитів, із зсувом лейкоцитарної формули крові вліво, еозинофілія до 15 %, в біохімічному аналізі: білірубін 182 мкмоль/л (за рахунок прямого). Проведено ультрасонографію, на якій виявлено розширення холедоха

до 18 мм, конкремент в загальній жовчевій протоці та кісти в печінці, діагноз підтверджено комп'ютерною томографією. При відеодуоденоскопії – Фатерів сосочок набряклий, ретоградна панкреатохолангіографія: розширення холедоха та дефект наповнення. При папілотомії із сосочка виділяється густий гній, за яким в рану вивалився конкремент, а згодом появились оболонки ехінококу. При ревізії та відмиванні холедоха фізіологічниим розчином з'явились білі блискучі мембрани, які були екстраговані за допомогою балону. Через п'ять днів рівень білірубіну знизився до 32 мкмоль/л, загальний стан хворої покращився, температура та показники в загальному аналізі крові нормалізувались. Хвора виписалась із стаціонару в задовільному стані під спостереження та лікування улікаря інфекціоніста.

Отже, необхідно пам'ятати про можливість спричинення механічної жовтяниці гельмінтами, які паразитують в печінці, та можуть викликати обтурацію в результаті компресії кісти або її розриву в біліарне дерево, що потребує негайного ендоскопічного або хірургічного втручання.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПЧІНОГО ЛІГУВАННЯ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ КРОВОТЕЧ У ДІТЕЙ З ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Вороняк Д.І., Годік О.С., Коломоєць І.В., Дубровін О.Г.

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ.

Вступ. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку є тяжким ускладненням портальної гіпертензії з високим рівнем летальності. Езофагогастродуоденоскопія – стандартна діагностична процедура в педіатрії для визначення та подальшого спостереження варикозно розширених вен верхніх відділів ШКТ. За допомогою ендоскопії також стає можливим провести ранню ендоскопічну профілактику варикозних кровотеч.

Мета. Вивчити динаміку зміни ендоскопічної картини після першого сеансу ендоскопічного лігування варикозно розширених вен стравоходу у дітей з портальною гіпертензією.

Матеріали і методи. 12 пацієнтів з портальною гіпертензією та варикозно розширеними венами стравоходу та шлунку, яким було проведене ендоскопічне лігування в НДСЛ «ОХМАТДИТ» у 2017–2018 рр. з метою профілактики кровотеч. Ендоскопічне лігування виконувалось під загальним наркозом з ендотрахеальною інтубацією. Були зареєстровані та проаналізовані демографічні, клінічні та ендоскопічні дані. Для статистичного аналізу використовувалась програма

MedStat v.5.2. Середні значення та похибки середніх були обчислені, був використаний Т-критерій Вілкоксона. Рівень значущості Р становив <0,05.

Результати. Середній вік пацієнтів склав 6.25 ± 0.83 (2–11) років. Серед цих 12 пацієнтів допечінкова форма портальної гіпертензії була наявна у 11 (91,67%), печінкова – у 1 (8,33%). Ендоскопічне лігування було успішно виконано у всіх цих пацієнтів. Кількість лігатур, накладених за один сеанс, коливалась в межах від 2 до 5. Контрольна ендоскопія виконувалась в середньому через 10 ± 1,12 (2–15) тижнів. Зменшеня ступеня варикозу після першого сеансу лігування спостерігалось у 7 (58.33%) дітей. Ступінь варикозу не змінився у 5 (41.67%) дітей. Однак у цих дітей спостерігались зміни слизової оболонки та картина варикозного розширення вен шлунку. Випадків ранньої кровотечі (до 14 днів з моменту лігування) та кровотечі до контрольної ендоскопії не виникало. При проведенні статистичного аналізу було виявлено зменшення ($p<0,05$), у середньому, значення показника ступеня варикозного розширення вен стравоходу до та після ендоскопічного лігування у досліджуваної групи пацієнтів.

Висновки: Ендоскопічне лігування дозволяє контролювати ступінь варикозу та запобігати повторним кровотечам з варикозно розширених вен на етапах лікування портальної гіпертензії у дітей. Цей метод є безпечним та ефективним методом профілактики кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу.

ПОЛІПШЕНА МЕТОДИКА ФІБРОЕНДОСКОПІЇ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Демчук Є.С., Радьога Я.В., Дорожинський Ю. А., Стойка В.І.

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

Вступ. Удосконалення методики проведення езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) залишається актуальним на сьогоднішній день.

Мета роботи. Запропонувати і використати для поліпшення проведення стандартної (традиційної) ЕГДС деякі методичні прийоми, які повязані із характером дихання пацієнта – носове чи ротове, положенням на маніпуляційнім столі, використанням вербальної сугестії, а також деяких анатомічних особливостей стравохода та шлунку. І на цій основі розробити та випробувати поліпшений спосіб традиційної ЕГДС.

Матеріал та методи. Дослідження проводилось серед пацієнтів ендоскопічного відділення Вінницько ї обласної клінічної лікарні ім Пирогова М.І. на протязі 2000 – 2018 років. Враховувались всі особи, що обстежувались у відділенні.

Всього досліджено 24064 людини, віком від 18 до 92 років. Із них чоловіків 13174, жінок 10890. Методом дослідження була стандартна ЕГДС з використанням апаратів систем Пучок, Olympus чи Fujinon. При цьому, всім пацієнтам були запропоновані і випробовувались оригінальні методичні підходи. Зокрема, 1. використовувалось змінене дихання пацієнта під час процедури з носового на ротове, 2. вживалась методика сугестивного вербального впливу перед та під час проведення дослідження, 3. перед випробовуванням наголошувалось про допустимий характер нахилів тулуба хворого на маніпуляційнім столі – тільки в бік живота, 4. нефорсоване введення апаратів через глотко-стравохідний перехід, 5. врахування фізіологічних згинів шлунка при переході із зони склепіння в тіло. Крім того, визначено величини коефіцієнтів комфортності проведених ЕГДС по запропонованій методиці та традиційній. Рівень коефіцієнта визначали у балах – від 0 до 5, який виставляли самі пацієнти після дослідження як за пропонованою методикою, так і традиційною на попередніх етпах діагностики у контрольній групі репрезентативній основній за віком та статтю (n–100). Також обчислювалися статистичні коефіцієнти достовірності – Р – в контрольній групі.

Результати. Аналіз порівняння величин коефіцієнта комфортності виявив достовірно кращий результат у групі показників, що оцінювали запропоновану поліпшену методику ЕГДС проти традиційної ($P<0,05$). Для прикладу наводимо клінічний випадок: Хворий М., 54 років, військовий пенсіонер. Щорічно проходить диспансерний огляд, який включає ЕГДС. Обстеження проводилось 18.09.2009 року. До цього пацієнту п'ять разів намагалися провести цю процедуру в Ленінграді, Байконурі, Москві, Києві та Хмельницькому і всі безуспішно. Ми використали власну поліпшену методику і вдало повністю оглянули цього чоловіка апаратом Olympus– 40.

Висновки. Таким чином, запропоновані методичні підходи до виконання традиційної ЕГДС показали достовірно кращий результат комфортності дослідження по розробленій методиці ($P<0,05$), і можуть бути рекомендовані для широкого вжитку.

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ФІБРОЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ НА ДОСВІДІ БІЛЯ 52 ТИСЯЧ ДОСЛІДЖЕНЬ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ТРАВНОГО ТРАКТУ

Демчук Є.С., Радьога Я.В., Сайчук В.В.

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

Вступ. Не деталізуючи статистичні показники, скажемо, що ускладнення ЕГДС не такі вже й рідкісні явища, зокрема легкі, типу подряпин слизової глотко-

стравохідного переходу. Разом з тим, при фіброендоскопічнім дослі-дженні трапляються випадки важких, іноді смертельних ускладнень.

Мета дослідження. Проаналізувати випадки ускладнень при виконанні 52000 стандартних ЕГДС.

Матеріал та методи. Дослідження виконано серед пацієнтів ендоскопічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні за період з 1988 до 2019 року. Враховувались хворі обох статей, віком від 18 до 93 років, середній вік 58,4 ± 3,6 роки, розподіл них приблизно порівно за статевою ознакою. Використовувались апарати систем Пучок, Олімпус та Fuji. Проводився простий якісний аналіз випадків без вираховування статистичних показників.

Результати дослідження. Спостерігався один летальний наслідок, пов'язаний з проведенням ЕГДС у хворого з симптомами шлункової кровотечі. Під час обстеження наступив летальний кінець. На секції розрив аорти (підняв самостійно бетонну електроопору до захворювання). Клінічна смерть. Виникла в однієї пацієнтки під час проведення ЕГДС. Розпочато штучне дихання рот в рот та непрямий масаж серця і хвора ожила через 40 секунд. Інколи неприємним ускладненням були напади важкого лярингоспазму та ретроградне вклинення дистального кінця фіброскопа в стравохід, яке усували другим фіброскопом, введеним паралельно основному. Також зустрічалась евентерація органів черевної порожнини у хворого після двох тижнів після лапаротомії та вивих нижньої щелепи. Носові кровотечі загалом часте ускладнення, яке ніколи не мало важких наслідків. Досить неприємним є поява під час дослідження значних крововиливів під шкіру та слизові оболонки обличчя, верхньої половини тулуба. Таке ускладнення майже неминуче у хворих, що мають приховані форми геморагічних діатезів – васкулітів чи тромбоцитопеній.

Висновки. Таким чином, наші спостереження свідчать про те, що важкі ускладнення ЕГДС не часто, але трапляються на практиці. Серед них таке , як можливість розриву (розшарування) аорти з летальним налідком та клінічна смерть, а також лярингоспазм, ретроградне вклинення дистального кінця фіброскопа в стравохід, носові кровотечі та крововиливи під слизові та шкіру обличчя і тулуба.

МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ СТРАВОХІДНИХ НИРИЦЬ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Дзвонковський Т.М., Дзвонковська В.В.

Обласна клінічна лікарня. Національний медичний університет, м.Івано-Франківськ.

Вступ. Лікування стравохідних нориць являється однією з найскладніших хірургічних проблем. у більшості пацієнтів нориці мають стійкий характер, тому хірургічне втручання є набільш ефективним, але поряд з цим інколи крайнє агресивним методом лікування. Ендопротезування стравоходу є одим з можливих методів етапного лікування цих пацієнтів.

Мета роботи. Проаналізувати дані літератури по різних методах лікування доброякісних стравохідних нориць та співставити з власним досвідом.

Матеріали і методи. Проаналізована вітчизняна і зарубіжна література по лікуванню доброякісних стравохідних нориць, одним з етапів якого було ендоскопічне стентування. В 2018р. на базі відділення малоінвазивної і торакальної хірургії проводилося лікування пацієнта з доброякісною стравохідною норицею. На одному з етапів лікування було проведено стентування стравоходу.

Результати. Більшість вітчизняних та зарубіжних авторів сходяться в думці, що в лікуванні пошкоджень стравоходу, найважче піддаються пацієнти з наявністю хронічних нориць. Щоб попередити подальше інфікування параезофагеальної порожнини важливо досягнути герметизації місця пошкодження. В сумарному аналізі літератури ендоскопічне стентування стравоходу забезпечує повне загоєння у 80% випадків. Використовують повністю чи частково покриті само расширювальні стенти. Недостатнє ущільнення може бути однією з причин, чому клінічні показники успіху постановки стента широко варіюють від 44% до 94%. Одні автори вважають, що фактори, які сприяють успішній стент-терапії, це размір дефекта, етіологія пошкодження, важкість сепсису та затримка між діагностикою та стентуванням. Інші автори в якості клінічних предикторів включають крім етіології, місце розміщення, розміри пошкодження,ще також рівень С-реактивного білка. На основі цього автори вивели правило прогнозування, яке корисно, коли передбачувана ймовірність успіху > 70% або <50%. Так при прогнозованій ймовірності <50% автори пропонують переглянути розміщення стента, оскільки ймовірність успіху складає від 5% до 22%.

В нашому випадку пацієнту К. 67р. була проведена лапароскопічна крурорафія та фундоплікація по Дору з приводу рецидивної ковзної КСОД. На другу добу наступив спонтанний розрив н/з стравоходу з розвитком підшкірної емфіземи

легень, пневмомедіастінуму, лівобічного гідротораксу. Операція – В/с лапаротомія. Ревізія черевної порожнини та середостіння. Дренування середостіння (переднього, заднього). Дренування плевральної порожнини зліва по Бюлау. Гастростомія по Кадеру. В звязку з наростанням явищ медіастиніту, пневмогідротораксу проведена у відділенні торакальної хірургії операція -торакотомія зліва, пневмоліз, декортикація, плевректомія. Зашивання дефекту стравоходу. Незважаючи на це у пацієнта сформувалася хронічна стравохідно-плевральноторакальна нориця. Через місяць після останньої операції вирішено провести стентування стравоходу частково покритим стеном діам. 22 мм. Пацієнт частково відновив харчування ч/з рот, стан його стабілізувався та значно покращився. Ч/з місяць стент видаленно, діаметр нориці зменшився з 4–5 мм до 2 мм. Кінцеве закриття нориці наступило ч/з 9місяців.

Висновки. Таким чином, етіологія ниріць і розмір дефекта є незалежними и статистично достовірними предикторами ефективності стентування.

СМЕШАННАЯ ФОРМА НИЗКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Задорожный В.В., Трофимов Н.В., Корпусенко В.Г.*, Гетман В.В.*, Кузнецов Г.Э.*, Носов А.Ю.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», *Коммунальное учреждение «Днепровское клиническое объединение скорой медицинской помощи», г. Днепр.

Введение. Острая кишечная непроходимость (ОКН) считается одним из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность при ОКН колеблется от 4 до 25 %. Среди различных форм ОКН первое место по частоте занимают спаечная тонкокишечная непроходимость и обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевого генеза, составляя суммарно до 85 %. С точки зрения патогенеза ОКН важную роль имеют уровень препятствия и степень нарушения кровоснабжения в кишке, что влияет на лечебно-диагностическую тактику. Наиболее тяжелыми формами ОКН являются странгуляционная и смешанная, представляющие опасность из-за нарушений гомеостаза и возможного развития некроза кишки, перфорации, перитонита. Одной из причин развития ОКН является кишечная инвагинация (КИ). Часто (до 80 %) внедрению одного участка кишки в другой способствует опухоль. В этих случаях опухоль под влиянием усиленной перистальтики, внедряясь в нижерасположенные отделы, увлекает за собой стенку кишки и приводит к инвагинации. КИ относится к смешанным формам кишечной непроходимости с наличием обтурирующего и странгуляционного механизмов, приводящим к

различной степени КН и нарушению жизнеспособности инвагината. Методы современной диагностики позволяют своевременно установить диагноз КИ и выработать показания к хирургическому лечению. Однако встречаются нетипичные случаи, при которых дополнительные методы диагностики дают противоречивую информацию, способную на определенном этапе дезориентировать хирурга, что демонстрирует нижеприведенный клинический случай.

Материалы и методы. В хирургическое отделение Днепровского клинического объединения скорой медицинской помощи был госпитализирован пациент 22 лет с жалобами на боли и чувство тяжести в правых отделах живота, тошноту, плохое отхождение газов, задержку стула. Указанные жалобы отмечает течение 3 недель. Обзорная рентгенограмма ОБП: признаки кишечной непроходимости. КТ ОБП: признаки инвагината правой подвздошной области, частичной тонкокишечной непроходимости. ФКС: Экзофитное полиповидное образование восходящего отдела толстой кишки 5,0 см в диаметре (биопсия). ПГЗ: Фрагменты хронической язвы. Учитывая нарастающие явления КН, в ургентном порядке проведена операция: Правосторонняя гемиколэктомия. ПГЗ: Неходжкинская В-клеточная лимфома восходящего отдела ободочной кишки. Диагноз заключительный клинический: В-клеточная лимфома восходящего отдела ободочной кишки. Инвагинация подвздошной кишки через баугиниеву заслонку. ОКН.

Выводы. 1. Противоречивые клинические данные, результаты КТ ОБП, ФКС, ПГЗ биопсии на начальном этапе диагностики не позволили сразу выработать показания к хирургическому лечению. Объем операции определило наличие опухоли восходящего отдела ободочной кишки. 2. Формирование тонкокишечного инвагината в данном случае генетически не связано с наличием опухоли восходящего отдела. 3. Данные о наличии инвагинации кишечника следует считать ведущими в выработке показаний к хирургическому лечению.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МУКОЦЕЛЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА, ВСКРЫВШЕГОСЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Введение. Мукоцеле червеобразного отростка (ЧО) считается очень редкой патологией, чуть ли не казуистикой, не доступной для диагностики и о ней даже хирурги осведомлены очень скупо.

Цель работы: показать большие возможности лапароскопии в диагностике довольно редкого заболевания – мукоцеле червеобразного отростка.

Материал и методы. Б-ной Б., 84 лет госпитализирован в хирургическое отделение городской больницы № 3 Кривого Рога, где автор работал, 10.11.1985 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области и сухость во рту на протяжении 22 часов. Транспортирован СМП с диагнозом «Острый аппендицит. Почечная колика?». Общее состояние удовлетворительное. Пульс 110 уд/мин. АД 160/120 мм.рт.ст. Температура тела 36,6о С. Язык влажный. Живот резко болезненный и умеренно напряжённый в правой подвздошной области. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный. Симптом поколачивания в правой поясничной области положительный. Общий анализ крови: Er 4,5x1012/л, =Hb 154 г/л, L 7,0x109/л. Лейкоцитарная формула: эозинофилы 1%, палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные 71%, лимфоциты 20%, моноциты 2%. СОЭ 5 мм/час Общий анализ мочи – норма. Диагноз «Острый аппендицит?». Осмотрена терапевтом «ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Н2А ст. Гипертоническая болезнь».

Результаты. Спустя 50 минут под местной анестезией выполнена лапароскопия по методике Kelling. В с/3 ЧО визуализировано шаровидной формы белого цвета тонкостенное образование 10x10 см, находящееся в спавшемся состоянии. ЧО без воспалительных изменений. Вокруг него и по правому боковому каналу бело-жёлтого цвета, тягучая желеобразная масса с фибрином. Брюшина локально воспалена. Диагноз после лапароскопии «Гигантское мукоцеле ЧО с перфорацией. Местный псевдомиксоматозный перитонит». Под общей внутривенной анестезией с ИВЛ выполнена лапаротомия по Волковичу-Дьяконову. Типичная аппендэктомия с погружением культи ЧО в кисетный и Z-образный швы. Из брюшной полости удалены бело-жёлтого цвета, тягучие желеобразные массы с фибрином в объёме 1 литра. Через контраппертуры установлены полихлорвиниловые дренажи в полость малого таза и правый боковой канал. Рана ушита наглухо. После операции получал: стол 0, 1, 15, ЛФК, дыхательную гимнастику, промедол, антибиотики, эуфиллин, ко-карбоксилазу, строфантин, димедрол. Развился синильный психоз. Консультирована психиатром, установлен церебросклероз, деменция и галюцинации. К лечению добавлен аминазин, седуксен, триоксазин, 5% глюкоза с инсулином, витамины группы В, после чего состояние нормализовалось. Дренажи из брюшной полости удалены на 5 сутки, швы сняты – на 9 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана 20.02.85 года для окончания лечения у хирурга поликлиники. Гистологическое заключение № 829: ворсинчатая опухоль червеобразного отростка с озлокачествлением, ослизнением и хроническим воспалением стромы.

Заключение. Лапароскопия является высокоэффективным методом дооперационной диагностики перфорации мукоцеле червеобразного отростка и псевдомиксоматозного перитонита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Введение. Точность диагностики неотложной хирургической абдоминальной патологии с использованием стандартного лапароскопа диаметром 10 мм составляет 95–100%. Малотравматичность метода можно уменьшить, используя минилапароскоп (МЛС) – лапароскоп меньшего диаметра. Ошибки в диагностике чаще связаны с патологией кишечника.

Цель исследования: обобщить начальный опыт внедрения МЛС в диагностике неотложной абдоминальной патологии кишечника.

Материал и методы. В хирургическом отделении НП „Городской больницы № 2" Запорожья, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, в течение 2012–2018 годов нами МЛС осуществлена у 52 больных с подозрением на неотложную хирургическую абдоминальную патологию. МЛС выполнена по методике О.С. Кочнева (1988), используя набор инструментов диаметром 5 мм. Из всех обследованных пациентов у 19 (36,5%) больных имела место неотложная хирургическая патология кишечника. Мужчин было 6 (31,6%), женщин – 13 (68,4%) в возрасте 41–93 года. Ранее были оперированы 8 (42,1%) пациентов (аппендэктомия–5, холецистэктомия–1, лапароскопия–1, интимтромбэктомия из лучевой артерии–1). Все больные страдали сопутствующими заболеваниями.

Результаты. По данным МЛС у 7 (36,8%) пациентов диагностирована перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, у 4 (21,1%) – острое нарушение мезентериального кровообращения (стадия ишемии–1, стадия геморрагического инфаркта–3), у 2 (10,5%) – острый гангренозный аппендицит и у 2 (10,5%) – калькулёзный холецистит, перихолецистит, у 1 (5,3%) – острая спаечная непроходимость тонкого кишечника, у 1 (5,3%) – воспалительный инфильтрат, абсцесс? левой подвздошной области, у 1 (5,3%) – закрытая травма живота, повреждение органов, у 1 (5,3%) – разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Осложнение абдоминальной патологии в виде разлитого перитонита выявлено у 10 (52,3%) больных (гнойно-фибринозный – 4, гнойно-желчно-фибринозный–4, серозно-фибринозный – 1), диффузного перитонита – у 3 (15,8%) (геморрагический – 2, желчно-фибринозный–1) и местного фибринозного – у 2 (10,5%). Гемоперитонеум был у 1 (5,3%) пострадавшего и „сухая" брюшная полость – у 3 (15,8%). После МЛС оперировали 17 (89,5%) пациентов. Диагноз во время МЛС не установлен у 3 (17,7%) больных, а определён во время лапаротомии (болезнь Крона терминального отдела тонкого кишечника с множественными перфорациями – 1, острое нарушение мезентериального кровообращения, ста-

дия геморрагического инфаркта – 1, внебрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки–1). После операции умерли 5 (29,4%) больных (абдоминальный сепсис – 2, хирургический сепсис мягких тканей–1, острый трансмуральный инфаркт миокарда–1 и повторный инфаркт миокарда–1). Не оперированы 2 (10,5%) пациентов с ОНМК (стадия ишемии – 1, стадия геморрагического инфаркта – 1), которые умерли. Причиной смерти у 1 больного был острый трансмуральный инфаркт миокарда и у 1 – интоксикация.

Заключение. Таким образом, МЛС является высокоэффективным методом диагностики неотложной хирургической патологии кишечника и его осложнений.

ДИВЕРТИКУЛ ЦЕНКЕРА. ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ. Z-POEM ТА КОМБІНОВАНИЙ МЕТОД Z-POEM ЯК ОПТИМАЛЬНИЙ МЕТОД ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛА ЦЕНКЕРА ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ

Кіосов О.М. [1-2]., Денисенко О.О. [3]., Гулевський С.М [2]., Новохатній П.В [4]

[1]Запорізький державний медичний університет. [2]КУ ННМЦ. «Університетська клініка». [3]ЗОКБ ЗОР. [4]КУ «ГКБ и ЭСМП».

Вступ: дивертикул Ценкера є передраковим захворюванням з частотою пухлинної трансформації до 1%. Не зважаючи на те що частота зустрічаємості приблизно 2–10:100000, доказано що формування глотково-стравохідного (дивертикула Ценкера) викликає у пацієнтів стійку дисфагію, респіраторні захворювання та погіршує якість життя. Основним методом лікування є хірургічна операція – відкрита дивертикулектомія з міотомією крікофарінгеального м'язу. На часі становлення та розвитку мініінвазивних технологій, відкриті хірургічні операції трансформувалися в операції з використанням гнучких ендоскопів, що сприяло зменшенню в часі та травматичності операції, а також швидкої реабілітації пацієнтів.

Матеріали і методи: з 2017 по 2108 роки нами було прооперовано 5 пацієнтів з дивертикулом Ценкера. До вибору метода лікування підходили за таких умов як: розмір дивертикула, клінічні прояви та загальний стан пацієнта. Двох пацієнтів, розмір дивертикула котрих не перевищував 3 см прооперували за стандартною методикою, двох пацієнтів з дивертикулами від 3 до 6 см тунельним методом (Z-POEM) та одного пацієнта прооперували за комбінованою методикою.

Результат: для лікування пацієнтів з дивертикулом Ценкера використали ендоскопічну відео стійку Olympus EXERA II (160) та EXERA III (190), відео

ендоскопи 160 та 190 серії HQ, дистальний ковпачок, ніж Olympus Dual Knife та гемостатична кліпси Olympus 135 HX, інсуфлятор CO2. Всіх пацієнтів оперували в операційній під загальним знечуленням (інтубаційний наркоз з ШВЛ), позиція на спині. Час операції від 40 до 120 хвилин (залежно від вибраної методики) Стандартна методика полягала в розсіченні крікофарінгеального м'яза та накладання гемостатичних кліпс на рану з метою запобігання слинного затьоку та формування медіастінальної нориці. Методика Z-POEM полягає в попередньому формуванні підслизового тунелю, виділення крікофарінгеального м'язу, його розсічення та проведення підслизової стравохідної міотомії. Комбінована методика: розсічення крікофарінгеального м'яза, потім формування підслизового тунелю і проведення міотомії.

Висновки: ендоскопічне лікування дивертикула Ценкера являється мініінвазивним, малотравматичним та безпечним методом ендоскопічного лікування даної патології. При великих дивертикулах стравохідна міотомія є обов'язковою, що дає змогу запобігти виникнення рецидиву. Ендоскопічне лікування дивертикула дозволяє скоротити реабілітаційний період та повертає якість життя пацієнтів.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ ПІДСЛИЗОВОГО НОВОУТВОРЕННЯ СТРАВОХОДУ МЕТОДОМ STER (SUBMUCOSAL TUNNEL ENDOSCOPIC RESECTION)

Кіосов О.М. [1-2], Денисенко О.О. [3]

[1]Запорізький державний медичний університет. [2]КУ ННМЦ «Університетська клініка». [3]ЗОКБ ЗОР.

Вступ: доброякісні підслизові новоутворення стравоходу зустрічаються рідко – менш ніж в 0.5–0.8% випадків усіх підслизових новоутворень стравоходу. По гістологічній будові це частіш усього лейоміоми (65%), кісти 10%, GIST 5%, зернисто-клітині пухлини 5%, запальні фіброзні поліпи 5%, фіброми, ангіоми та ліпоми 1%. Ендоскопічна тунельна резекція в підслизовому шарі – нова техніка резекції підслизових пухлин, шляхом створення підслизового тунеля, вона базується на техніці пероральній ендоскопічної міотомії (peroral endoscopic myotomy – POEM) при ахалазії стравоходу.

Матеріали і методи: з 2017 по 2109 роки нами було прооперовано 5 пацієнтів з підслизовими утвореннями стравоходу. Всі новоутворення по гістологічній структурі переважно були лейоміоми, один із утворів мав будову кавернозної гемангіоми. Розміри новоутворень коливались від 1 см до 2.5 см. Методи ендоскопічного видалення поділились на: енукліацію підслизового утворення

(3 – лейоміоми), ESD – підслизова дисекція (1 – кавернозна гемангіома) та STER – підслизова тунельна ендоскопічна резекція (1 – лейоміома)

Результат: для лікування пацієнтів з підслизовими утворами стравоходу використали ендоскопічну відео стійку Olympus EXERA II (160) та EXERA III (190), відео ендоскопи 160 та 190 серії HQ, дистальний ковпачок, ніж Olympus Dual Knife, IT Knife та гемостатична кліпси Olympus 135 HX, інсуфлятор CO2. Всіх пацієнтів оперували в операційній під загальним знечуленням (інтубаційний наркоз з ШВЛ), позиція на спині. Час операції від 40 до 140 хвилин (залежно від вибраної методики) Для визначення в якому шарі розташована пухлина та глибин проникнення використали прилад для проведення через стравохідного EXO KC з частотою 12 МГц. При проведенні ендоскопічного ультразвукового дослідження пухлина розташована в м'язовому шарі, гіпоехогене утворення до 2.5 см, має внутрішньо просвітний ріст, без ознак порушення диференційовки інших шарів стінки стравоходу.

Техніка STER – розріз виконується на 5 см проксимально від краю пухлини. Підслизовий тунель створюється шляхом дисекціїї підслизового шару, а потім субмукозна дисекція продовжується за дистальний край пухлини. Пухлина виділяється від м'язового шару, всі м'язові волокна перетинаються ножем. Повністю мобілізована пухлина видаляється із підслизового шару. Розріз слизової закривається за допомогою гемостатичних кліпс.

Висновки: Найкращими показниками до виконання ендоскопічної тунельної дисекції є підслизові утворення розміром від 2.5 до 4 см розташовані в стравоході або кардії. Техніка STER за рахунок збереження цілісності слизової оболонки ефективно попереджує розвиток медіастиніту та перетоніту. Реабілітаційний період та відновлення працеспроможності набагато швидший та ефективніший при застосуванні мініінвазивних ендоскопічних технологій.

ЕНДОСКОПІЧНА БАЛОННА ГІДРОДИЛІТАЦІЯ МЕМБРАНИ ДПК У ДИТИНИ 2-х РОКІВ

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

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м.Київ.

Вступ. Мембранозна атрезія ДПК – вроджена вада розвитку ШКТ, що зустрічається з частотою 1:10000–40000 випадків новонароджених дітей. Більшість дітей з мембранами ДПК мають супутні вади розвитку: синдром Дауна (30–50%), серцеві аномалії (до 40%), мальротація (до 74%) та інші VACTERL пов'язані вади. Традиційним методом лікування є лапаротомія з висіченням

мембрани та дуоденодуоденостомією. Традиційне лікування є травматичним, має несприятивий косметичний ефект та пов'язане з ризиком виникнення післяопераційних ускладнень, наприклад, неспроможності анастомозу або злукової хвороби. З розвитком мініінвазивних методик в світі набирає популярності лікування мембран ДПК за допомогою ендоскопії, яка є менш травматичною та має більш сприятливі косметичні наслідки для пацієнта, ніж лапаротомія. Перші повідомлення про застосування ендоскопічної балонної дилатації мембран ДПК в англомовній літературі з'явилося у 2006 році. R.R. van Rijn та співавтори описали успішне застосування ендоскопічної дилатації у 4-х дітей.

Мета роботи. Вперше в Україні продемонструвати успішний досвід застосування ендоскопічної балонної дилатації мембрани ДПК.

Матеріали і методи. Пацієнтка 2,5 р. вагою 7,5 кг (дефіцит маси тіла 36%) поступила в НДСЛ «ОХМАТДИТ» у вересні 2018 року зі скаргами на блювання з домішками жовчі, біль у животі, здуття, закрепи, знебарвлений стілець. Пацієнтка мала синдром Дауна. Дані обстеження. Рентгенограма ОЧП – подвійний газовий міхур в шлунку та ДПК. ЕГДС – значна кількість тягучого, темно-зеленого вмісту, широкий, зяючий пілорус, значно розширений проксимальний відділ ДПК. На рівні великого дуоденального сосочка візуалізована мембрана з отвором до 0,3 – 0,4 см в діаметрі. Було прийнято рішення про лікування мембрани шляхом ендоскопічної балонної гідродилатації. Ендоскопічна балонна дилатація проводилась під ендотрахеальним інтубаційним наркозом з інтервалами в два тижні з поступовим збільшенням діаметру балона від 8 до 15 мм відповідно до діаметра мембрани. Ускладнень під час та після виконання дилатацій не відмічалося. Використовувались ендоскопи Olympus та балони для ендоскопічної дилатації стравоходу/пілоруса Balton.

Результати. В результаті двох місячного курсу ендоскопічного лікування вдалося відновити прохідність ДПК. Вже після першої дилатації був відмічений позитивний клінічний ефект: пацієнтка почала ходити щодня в туалет, стілець став пофарбованим. На даний момент скарги з боку ШКТ відсутні, дитина їсть, набирає вагу, стілець регулярний.

Висновок. Згідно світовим даним ендоскопічна балонна гідродилатація може бути безпечною та ефективною у лікуванні дітей з мембранозними формами атрезії ДПК. Наш досвід виконаної вперше в Україні ендоскопічної балонної гідродилатації мембрани ДПК це підтверджує. Ендоскопічна балонна гідродилатація – безпечна та ефективна, мініінвазивна операція у лікуванні дітей з мембранозними формами атрезії ДПК.

РОЛЬ ЕНДОСОНОГРАФІЧНОЇ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМІЇ ПРИ УТРУДНЕНОМУ ЧЕРЕЗПАПІЛЯРНОМУ ДОСТУПІ

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

Львівський національний медичний університет, м. Львів.

Вступ. Ендоскопічно-ультрасонографічні біліарні дренування (ЕУБД) є альтернативою черезшкірному черезпечінковому біліарному дренуванню при злоякісних панкреато-біліарних ураженнях і при анатомічних/хірургічних змінах парапапілярної ділянки, які унеможливлюють класичний черезпапілярний доступ до проток. ЕУБД нещодавно з'явилися в арсеналі інтервенційної ендоскопії та все ще потребують вивчення.

Мета. Проаналізовано результати перших ЕУБД, виконаних за період 2017 –2018 рр. Оцінювали клінічну та технічну результативність методу.

Матеріали та методи. Ендоскопічні втручання виконували на відеосистемі Olympus Evis Exera II з ендосонографічним процесором EU-C60 та конвексним ехоендоскопом GF-UCT160 під в/в знечуленням/глибокою седацією. Усього ЕУБД виконано у 9 пацієнтів із механічною жовтяницею віком 53–69 рр. (медіана 63 р.). У 8 із них, дистальний блок загальної жовчевої протоки (ЗЖП) виник унаслідок інвазії злоякісного новоутвору підшлункової залози (ПЗ). У 6 пацієнтів із пухлинами ПЗ були 1–3 невдалі попередні спроби черезпапілярного дренування. У 2 випадках інвазія новоутвору ПЗ зумовлювала стеноз другої частини дванадцятипалої кишки (ДПК) іта неможливість візуалізації великого дуоденального сосочка (ВДС). У цих пацієнтів стентування ДПК передувало ЕУБД. В однієї пацієнтки із складним парапапілярним дивертикулом, холедохолітіазом та холангітом з допомогою ЕУБД антеградно черезпапілярно заведено провідник у ДПК і вже по ньому виконано класичне ендобіліарне дренування. Пункцію дилятованої ЗЖП переважно проводили через задню стінку цибулини ДПК ендосонографічною голкою EchoTip needle 19G (Cook Medical, USA) або безпосередньо цистотомом діаметром 6 Fr із наступним заведенням через їх просвіт біліарного провідника у жовчовивідні протоки. Залежно від клінічної ситуації провідник встановлювали або ретроградно у внутрішньопечінкові жовчовивідні шляхи або антеградно через ВДС. Маніпуляцію завершували встановленням одного або двох поліпропіленових або металевого саморозширювального частково покритого (МСЧП) стентів.

Результати. Усім пацієнтам із обструкцією ЗЖП вдалося виконати ЕУБД (технічна ефективність 100%). У 6 хворих ретроградно трансдуоденально встановлено поліпропіленові стенти діаметром 8,5–10 Fr, а у 2 пацієнтів ретроградно черезпапілярно – МСЧП. У пацієнтки із холедохолітіазом завдяки ендодренуванню відновлено пасаж жовчі та ліквідовано поліорганну дисфункцію. У подальшому їй виконано ендоскопічну літоекстракцію після

електрогідравлічної та механічної літотрипсії. Середня тривалість втручання становила 35 хв. Медіана рівня загального білірубіну до ЕУБД становила 154 мкмоль/л. У всіх пацієнтів відмічена нормалізація печінкових показників до 15 днів після ЕУБД. Ускладнень або дислокацій стентів у післяопераційному періоді не було.

Висновки. Результати ЕУБД у пацієнтів із панкреато-біліарною патологією дають змогу вважати цей метод альтернативою ЧЧБД. Суттєвою перевагою ЕУБД також є можливість його невідкладного застосування при інтраопераційно виявлених технічних труднощах, які унеможливлюють черезпапілярний спосіб ендодренування.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЗОБРАЖЕНЬ. ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕЖИМІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ BLI ТА LCI

Лазарчук В.М.

Рівненська обласна лікарня.

Вступ. Ендоскопія пройшла віковий шлях розвитку і стала самостійним клінічним напрямком в ефективній діагностиці та лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Застосування технологій високого розрішення в медицині вивело ендоскопічну діагностику на якісно новий рівень. Сучасні технології ендоскопічної візуалізації слизової оболонки ШКТ дозволяють виявляти різні структури слизової оболонки і її судинного малюнка більш чіткими та контрастними і тому більш інформативними. Ендоскопічні методи візуалізації слизової оболонки ШКТ з набором уточнюючих методик є найбільш надійними у визначенні ранніх проявів непластичних змін. Завдяки новим опціям, що вмонтовані в сучасні відеоендоскопічні системи, є можливість визначення початкових змін в слизовій оболонці (СО), які можуть бути передвісниками розвитку злоякісного процесу. А своєчасна їх діагностика є актуальною проблемою сучасної онкології. Основними задачами додаткових методів візуалізаціє є визначення межі ураження, проведення диференціальної діагностики між непластичним процесом, оцінка глибини інвазії. Ендоскопічна система Eluxeo 7000 дозволяє легко переключатися між трьома режимами візуалізації: в білому світлі (white light), в режимі LCI (linked color imagin) та в режимі BLI (blue light imagin), що забезпечують хорошу яскравість та контрастність. Режим LCI (linked color imagin) – є однією із самих нових методик оптичної візуалізації, яка дозволяє удосконалити діагностичні можливості ендоскопії в білому світлі. Вона підкреслює зміни кольору слизової оболонки, забезпечує чіткіші та яскравіші зображення, надає можливість об'єктивно визначати «червоні» та «білі» ділянки. Підвищений контраст червоного світла дозволяє ефективно виявляти вогнища запалення слизової оболонки та їх точні межі. Режим BLI (blue light imagin) – забезпечує високоякісну візуалізацію

поверхневих судин та слизової оболонки, покращує контрастність та чіткість зображення, що дозволяє швидко визначатись із тактико лікувальною. Це досягається за рахунок селективного покращення контрастності кровоносних судин. Крім того уточнюючі методи діагностики дозволяють визначити структуру поверхні ураження, поширеність неоплазії, оцінити архітектонику судинної мережі. Тому, в умовах застосування нових технологій, лікар-ендоскопіст повинен правильно орієнтуватися в основних морфологічних характеристиках, спрогнозувати патологогістологічний діагноз, що дозволить йому вибрати правильну тактику лікування.

Ключові слова. Режим білого світла, режим BLI, режим LCI.

Ціль дослідження. Проаналізувати перший досвід та результати використання BLI та LCI технологій.

Матеріали та методи. Із лютого 2019 року ми виконали 2107 ендоскопічних досліджень із застосуванням вказаних методик, із них 519 діагностично-лікувальних колоноскопій та 134 малоінвазивних ендоскопічних втручання. Дослідження проводилися гастроскопами та колоноскопами 760 серії з використанням ендоскопічного процесора Fujifilm ELUXEO VP 7000 (Японія). Визначали шляхи покращення діагностики неоплазій. Для детальної візуалізації змін СО нами використовувались три режими. Огляд в білому світі, режим LCI, режим BLI без, та із збільшенням.

Результати. З метою вивчення можливості передбачення патологогістологічного діагнозу при огляді в білому світлі, BLI та LCI технологій без та зі збільшенням і патологогістологічного дослідження видаленого утвору нами проведено дослідження у 217 пацієнтів. Спосіб передбачення патологогістологічного діагнозу при огляді в білому світлі із застосуванням BLI та LCI технологій (оптичний діагноз) мав чутливість 87 % для аденоматозних і 85,6 % для гіперпластичних уражень, у той час, як дослідження біопсійного матеріалу – 73 % та 68,3 % відповідно. Загалом передбачення патологогістологічного діагнозу при огляді у білому світлі зі збільшенням із застосуванням BLI та LCI технологій (оптичний діагноз) мало чутливість 86,8 %, а дослідження біопсійного матеріалу – 69,3 %. Колоноскопія зі збільшенням допомогла краще класифікувати ямковий рисунок. Застосування BLI та LCI технологій не тільки дозволило чітко визначити ямковий рисунок та розмір неоплазій, але і збільшило їх виявлення. Отже, дане дослідження лише підтверджує, що на основі результатів лише біопсійного матеріалу приймати рішення про вибір методу лікування часто не є обґрунтованим, а застосування BLI та LCI технологій не тільки дозволило чітко визначити розмір неоплазій, а і тип ямкового рисунка, що дало можливість спрогнозувати патологогістологічний діагноз. *Вигляд отворів ямок слизової оболонки прямо залежить від морфологічної будови утвору, тому можна проводити ендоскопічні та морфологічні паралелі.* Стратегія встановлення ендоскопічного діагнозу з прогнозуванням гістологічного характеру

колоректальної неоплазії більш можлива колоноскопами зі збільшенням. Але ендоскопічна діагностика не може замінити морфологічну.

Висновки. Застосування нової відеоендоскопічної системи Fujifilm ELUXEO VP 7000 (Японія) є перспективним для виявлення та оцінки якості непластичних змін слизової шлунково-кишкового тракту. Не підлягає сумніву, що в даний час комплексне поєднання сучасних методів діагностики: огляд в білому світлі, BLI, LCI, ендоскопії із збільшенням з наступною морфологічною верифікацією дозволяє виявити прояви раннього непластичного процесу і організувати раціональне ендоскопічне лікування. Режим LCI сприяє виявленню запальних, непластичних змін слизової та ранніх стадій колоректального раку, а BLI полегшує постановку ендоскопічного діагнозу виявлених змін та підвищує його точність, що в цілому покращує прогноз хвороби.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ДИСТАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ СЕЛЕЗІНКОВИХ СУДИН В ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНИХ ТА НОВОУТВОРІВ З НИЗЬКИМ РІВНЕМ МАЛІГНІЗАЦІЇ ДИСТАЛЬНОГО

Литвиненко О.М., Лукеча І.І., Хілько Ю.О.

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

Вступ. Дистальна резекція підшлункової залози являє собою стандартом хірургічного лікування для симптоматичного доброякісного, передракового і злоякісного захворювання тіла та хвоста підшлункової залози. Останніми роками було виконано зростаюче число лапароскопічних процедур на підшлунковій залозі, лапароскопічна дистальна резекція (ЛДР) завоювала популярність у всьому світі, оскільки операція не передбачає формування анастомозів і інших реконструктивних дій. Надалі ЛДР завоювали популярність у всьому світі. Порівняльні дослідження відкритої операції і ЛДР підтвердили переваги малоінвазивного доступу, таких як малий післяопераційний больовий синдром, швидке одужання, менша частота розвитку раневих і загальних ускладнень. Хоча лапароскопічний доступ при резекціях підшлункової залози стає усе більш популярним, зберігаються дві проблеми: по-перше, збереження селезінки з/без перев›язки селезінкових судин; по-друге, контроль виділення з кукси підшлункової залози і розвитку нориць. При злоякісних новоутворах підшлункової залози спленектомія виконується з онкологічних принципів хірургічного лікування. Селезінку зберігають, використовуючи два способи: в першому випадку – перетин селезінкової артерії та вени разом з підшлунковою залозою зі збереженням судинних колатералей селезінки – коротких шлункових

судин і судин зв'язкового апарату (спосіб Warshaw) у другому виконується мобілізація підшлункової залози з перетином дрібних гілок від селезінкової артерії та вени, що йдуть до залози. ЛДР підшлункової залози зі збереженням селезінкових судин/селезінки, має бути виконана в разі доброякісної патології або при патології з низьким рівнем малігнізації.

Мета дослідження. Провести аналіз ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з новоутворами тіла та хвоста підшлункової залози, яким виконана лапароскопічна дистальна резекція підшлункової залози зі збереженням селезінкових судин.

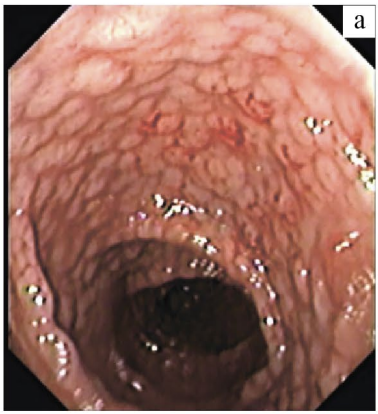
Матеріали та методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 48 хворих, яким було виконано ЛДР зі збереженням селезінкових судин в НІХТ ім. О.О. Шалімова за період 2016–2018рр. ЛДР підшлункової залози була виконана у 36 жінок і 12 чоловіків. Середній вік – 45 ± 3,4 роки, ІМТ – 28,7±1.

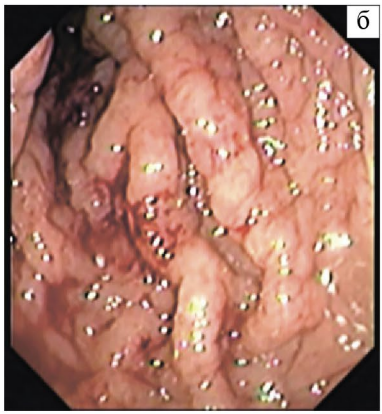
Результати. ЛДР підшлункової залози зі збереженням селезінкових судин була виконана в 100% випадків. При післяопераційному патогістологічному дослідженні діагностовано в 17 випадках серозну цистаденому в тілі та хвості підшлункової залози, в 2 – внутрішньопротокову папілярно-муцинозну пухлину (IPMN), в 20 випадках муцинозну цистаденому, в 3 випадках нейроендокринну пухлину (інсулінома) та в 6 випадках псевдопапілярну солідну пухлину. Ускладнення, пов›язані з хірургією, були схожі на гострий панкреатит з 3-кратним збільшенням показників амілази, підтверджених на КТ ОЧП – 7 випадків, рідинні скупчення в сальниковій сумці – 4 випадками, нориця підшлункової залози (grade A) – 3 випадки. Операційний час складав 195,6 хвилин, (157–250 хв) втрата крові 50,1мл (0–110мл), середня тривалість перебування в лікарні – 6,8 днів (5–11днів). Конверсії не було. Летальність – 0.

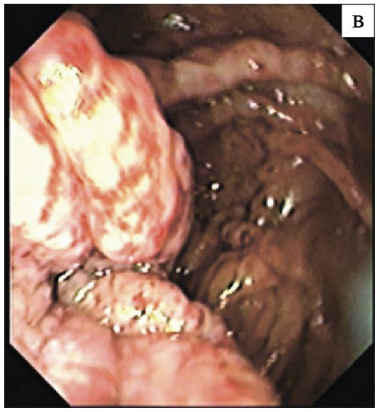
Висновок. Лапароскопічна дистальна панкреатектомія зі збереженням селезінкових судин є мінімально інвазивною, безпечною і доцільною для лікування доброякісних пухлин тіла та хвоста підшлункової залози, з наявними перевагами в більш ранньому відновленні та меншою кількістю ускладнень.

Малюнки до робіт:

Артюшенко М.Є. з співавт. Випадок розповсюдженої дифузної лімфоми товстої кишки.



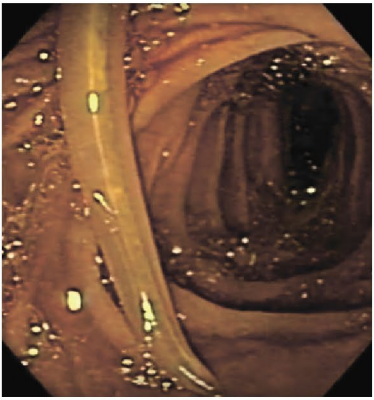




1. Лімфома товстої кишки –
а) сигмовидна кишка;
б) низхідна кишка;
в) баугінієва заслінка і сліпа кишка.

Задорожный В. В., с соавт. Смешанная форма низкой тонкокишечной непроходимости: клиническое наблюдение Лимфома восходящего отдела ободочной кишки.

Бутницький Ю.І. з співавт. Ендоскопічне видалення живих аскарид із загальної жовчевої протоки

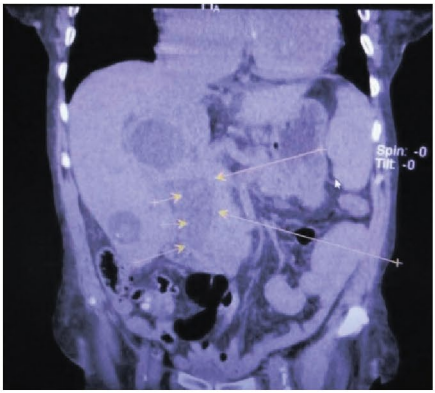


Аскарида в кишці

Аскарида в холедоху

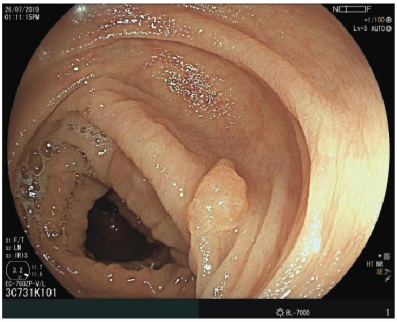
Бутницький Ю.І. з співавт. Механічна жовтяниця спричинена конкрементом та оболонками Echinococcus granulosus.

Оболонки ехінокока

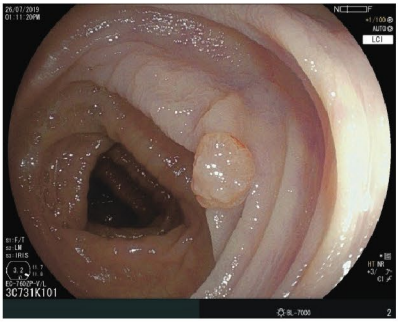


КТ кіст ехінокока

Лазарчук В.М. Перспективи покращення якості зображення.
Перший досвід застосування режимів візуалізації BLI та LCI.



Огляд слизової в білому світлі

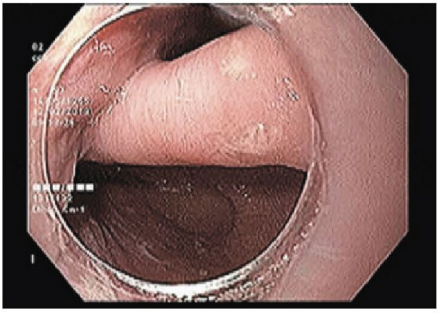


Огляд слизової в режимі LCI

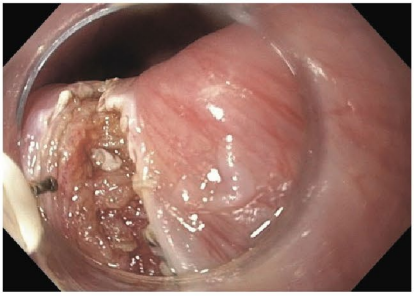
Огляд слизовою в режимі BLI

Огляд слизовою в режимі BLI із збільшенням

Кіосов О.М. з співавт. Дивертикул Ценкера. Ендоскопічні методи лікування. Z-POEM та комбінований метод Z-POEM як оптимальний метод ендоскопічного лікування дивертикула Ценкера великих розмірів

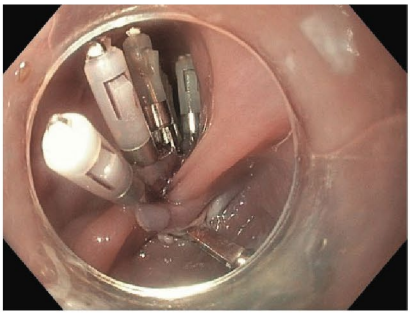


Дивертикул Ценкера. Ендофото.



Пересіченя крікофаренгіального м'язу

Сформований тунель. Міотомія.

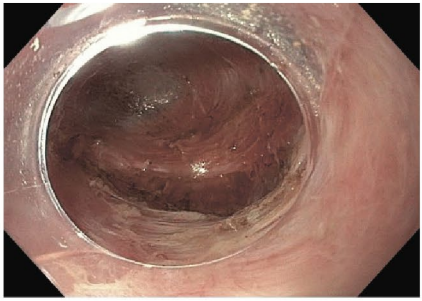


Закриття тунелю.

Кіосов О.М. з співавт. Перший досвід ендоскопічного видалення підслизового новоутворення стравоходу методом STER

ЕНДО УЗД новоутворення стравохода.

Виділення пухлина в підслизовому шарі.



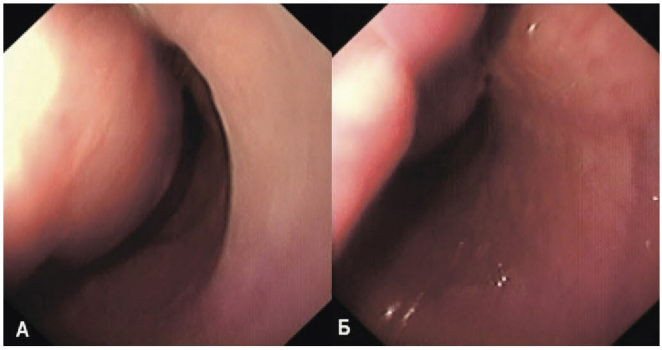
Підслизовий тунель.
Пухлина повністю видалена.

Макропрепарат.

Новохатний П.В. с соавт.
К вопросу об использовании гибкой бронхоскопии при инородных телах трахеобронхиального дерева у взрослых.

Трофимов Н.В. с соавт. Клинический случай язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки, осложнившейся кровотечением

Погорецький Р.М. з співавт. Лікувальна ендоскопія при видаленні фіброваскулярного поліпа: перший досвід.



Ендофото фіброваскулярного поліпа.

Видалена дистальна ніжка.

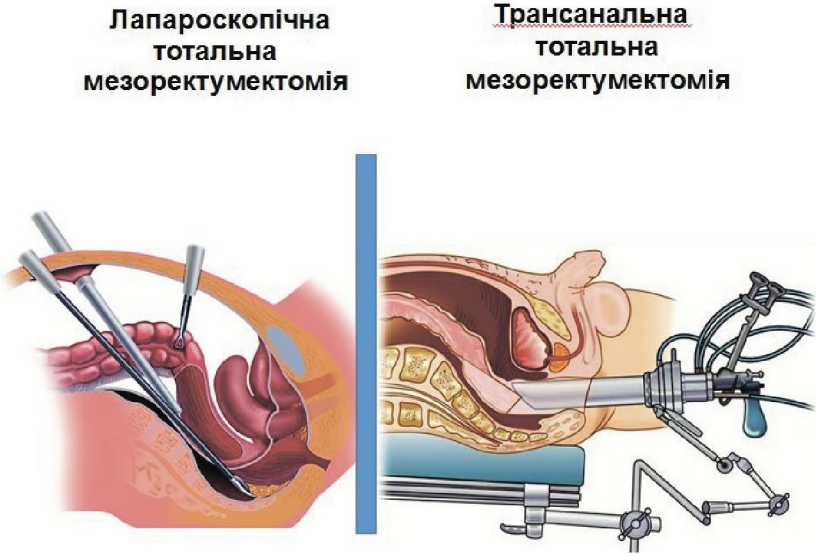
Поліп вивихнуто в ротову порожнину.

Спіженко Н.Ю. з співавт. Гастроінтестинальна узкоспектральна ендоскопія в умовах МЦ «Клініка Спіженко». Перший досвід та результати.

Огляд слизової в звичайному білому світі

Огляд слизовою в режимі NBI (Мікроструктура тіла шлунка сотовидна з дрібними вогнищами пілоризації та вогнищами кишкової метаплазії.)

Пироговський В.Ю. з співавт. Наш досвід впровадження та застосування трансанальної тотальної мезоректумектомії (ТА ТМЕ)



Лапароскопічна тотальна мезоректумектомія та трансанальна тотальна мезоректумектомія

АВТОМАТИЧНА

ДЕЗІНФЕКЦІЯ ГНУЧКИХ ЕНДОСКОПІВ

NEW

МИЙНО-ДЕЗІНФЕКЦІЙНА МАШИНА **ScopeJet**

епідеміологічна безпека ендоскопічних маніпуляцій,
турбота про здоров'я медичного персоналу та пацієнтів,
а також можливість збільшити термін служби ендоскопів

Дистрибьютор в Украине: ООО «Мед Эксим» ул.Назаровская, 1, г. Киев, 01032тел.: +38 (044) 467 52 24 моб.: +38 (050) 355-58-49

ВОЗМОЖНОСТИ ТРЕХМЕРНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Малиновский А.В., Бадион С.Ю., Корчевой Д.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса.

Вступление. В настоящее время в мире более 80 % грыж различной локализации оперируются лапароскопически. Особой технической сложностью характеризуется этап задней крурорафии при лапароскопической пластике грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), этап ушивания грыжевых дефектов при пластике послеоперационных вентральных грыж и диссекции в таких сложных анатомических зонах как пищеводное отверстие диафрагмы и паховая область.

Целью работы является изучение непосредственных результатов первого опыта применения трёхмерной видеосистемы при лапароскопических пластиках грыж пищеводного отверстия диафрагмы, вентральных и паховых грыж.

Материалы и методы. Трёхмерная лапароскопия использовалась нами при 61 операции: 21 трансабдоминальной преперитонеальной пластике паховых грыж (2 двусторонние и 19 односторонних), 8 интраперитонеальных аллопластик вентральных грыж (3 пупочных и 5 послеоперационных), 33 аллопластиках грыж пищеводного отверстия диафрагмы и фундопликациях (31 аксиальная и 2 гигантские параезофагеальные). Использовалась стойка Epic 3DHD (Richard Wolf). В большинстве случаев 3D-лапароскопия использовалась при накладывании интракорпоральных швов в неудобных анатомических зонах. При этом использовалась самозатягивающаяся нить V-loc (Covidien, США).

Результаты и обсуждение. При выполнении трансабдоминальных преперитонеальных пластик паховых грыж 3D-лапароскопия облегчила и ускорила ушивание париетальной брюшины. Среднее время ушивания составило 10 мин (7–12). При выполнении интраперитонеальных аллопластик вентраль-ных грыж аналогичные преимущества получены при ушивании грыжевого де-фекта. Среднее время ушивания составило 12 мин (6–28). При пластике грыж пищеводного отверстия диафрагмы трехмерная лапароскопия облегчила и уско-рила выполнение крурорафии и фундопликациии. Среднее время этих этапов составило 20 мин (от 15 до 35 мин). Сравнение количества движений камерой показало, что трехмерная лапароскопия в три-четыре раза уменьшила число корригирующих движений при ушивание. Интраоперационных осложнений не было. У всех прооперированных с применением трёхмерной лапароскопии пациентов послеоперационных осложнений не было. За период наблюдения (от 1 до 7 месяцев) рецидивов не наблюдалось

Выводы. 1. Трёхмерная лапароскопия позволяет выполнить сложные манипуляции в неудобных анатомических зонах с высокой скоростью и точностью. Необходим дальнейший набор материала и сравнение с традиционной лапароскопией с использованием объективных параметров. 3. Необходимо дальнейшее изучение преимуществ и недостатков селективного применения трёхмерной визуализации, например, при выполнении самых сложных этапов операций.

МИНИ-ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖАХ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Малиновский А.В., Галимон М.М., Бадион С.Ю.

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса.

Вступление. В настоящее время повышаются требования к срокам реабилитации после операций, а также к косметическому результату. Мини-лапароскопические операции в сочетании с современными fast-track протоколоми способны значительно снизить болевой синдром и ускорить реабилитацию.

Целью являлось изучение первых результатов применения мини-лапароскопической холецистэктомии (в сравнении с стандартной лапароскопической холецистэктомией), мини-лапароскопической фундопликации по Ниссену, мини-лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной алопластики паховой грыжи и мини-лапароскопической интраперитонеальной аллопалстики пупочной грыжи в сочетании с разработанными fast-track протоколами.

Материалы и методы. Мини-лапароскопическая холецистэктомия выполнена 11 пациенткам. Мини-лапароскопическая фундопликация по Ниссену выполнена 3 пациенткам с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы I типа. Мини-лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная аллопластика пахового канала была выполнена 1 пациенту с правосторонней вправимой паховой грыжей. Мини-лапароскопическая интраперитонеальная аллопастика пупочной грыжи была выполнена 1 пациенту.

Результаты и обсуждение. Все мини-лапароскопические холецистэктомии выполнены успешно, без конверсий, без интра- и послеоперационных осложнений. Средний балл болевого синдрома на II сутки составил 2,6 баллов. Средний послеоперационный койко-день составил 2,2 дня. После мини-лапароскопической фундопликации интра- и послеоперационных осложнений не было. Средний балл болевого синдрома на II сутки после операции составил

2,0 баллов. Послеоперационный койко-день составил 2 дня. После мини-лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной аллопластики послеоперационных осложнений не было. Болевой синдрома на следующий день после операции соответствовал 2 баллам. Послеоперационный койко-день составил 2 дня. Результати мини-лапароскопической интраперитонеальной аллопластики пупочной грыжи были аналогичными.

Выводы. 1. Мини-лапароскопические операции с успехом применимы при хроническом калькулезном холецистите (в ряде случав при остром холецистите), при небольших скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ, при паховых грыжах и при пупочных грыжах при условии хорошего отбора пациентов и когда их интересует ускоренная реабилитация и косметический результат операции. 2. Мини-лапароскопические операции в сочетании с разработанным fast-track протоколом уменьшают срок пребывания в стационаре и длительность ранней послеоперационной реабилитации, уменьшают болевой синдром и улучшают косметический результат операций. 3. Требуется дальнейший набор материала и сравнение с традиционными методиками для определения роли указанных мини-лапароскопических операций.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ С ИНДОЦИАНИНОМ ЗЕЛЁНЫМ ПРИ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ И ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ И ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Малиновский А.В., Майоренко М.Н., Горбачук И.И.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса.

Вступление. Современная технология флюоресценции с индоцианином зелёным позволяет визуализировать внепеченочные желчные протоки, регионарные лимфоузлы и оценивать кровоток внутренних органов.

Целью работы является анализ первого опыта использования флюоресценции при технически трудных лапароскопических холецистэктомиях, при лапароскопической ревизии холедоха (флюоресцетная холангиография), для лимфодисекции при открытых операциях по поводу рака желудка и ободочной кишки (флюоресцентная лимфография) и для оценки кровоснабжения анастомозированных участков при лапароскопических резекциях ободочной кишки (флюоресцентная ангиография).

Материалы и методы. Флюоресцентная холангиография применена при 14 лапароскопических холецистэктомиях по поводу острого калькулезного

холецистита, при 6 лапароскопических ревизиях холедоха для оценки его проходимости (эта методика применена нами впервые, патент номер №130835. Флюоресцентная ангиография применена при 2 лапароскопических резекциях ободочной кишки (правосторонняя гемиколэктомия, сигмоидэктомия) для оценки кровоснабжения анастомозируемых участков кишечника. Флюоресцентная лимфография применена при 4 открытых онкохирургических вмешательствах в ходе лимфодисекции (резекции поперечной ободочной кишки, гастрэктомия, 2 субтотальные резекции желудка).

Результаты. При холецистэктомиях уменьшена длительность операции и сокращено среднее время до достижения «критического вида безопасности» до 15 минут по сравнению с группой сравнения (20 минут). При интраоперационной ревизии холедоха в 5 случаях, когда в начальных отделах тощей кишки была визуализирована флюоресценция, конкрементов в холедохе обнаружено не было (по данным холедохоскопии и послеоперационной холангиографии). В то же время, в одном случае флюоресценция в тощей кишке не определялась, что показало непроходимость холедоха за счет вклиненного конкремента, что было подтверждено результатами холедохоскопии. При флюоресцентной ангиографии, в обеих случаях, было доказано адекватное кровоснабжение анастамозируемых участков ободочной кишки. При четырех открытых операциях во всех случаях флюоресцентная лимфография позволила четко визуализировать регионарные лимфоузлы и после лимфодисецкии проконтролировать ее полноту.

Выводы. 1. Флюоресцентная холангиография позволяет облегчить и ускорить дисекцию при технически трудной лапароскопической холецистэктомии и оценить проходимость холедоха, в какой-то степени заменяя традиционную контрастную холангиографию. 2. Флюоресцетная ангиография позволяет оценить кровоснабжение анастомозируемых участков кишечника при лапароскопических резекциях. 3. Флюоресцентная лимфография позволяет контролировать адекватность лимфодисекции при гастрэктомии, субтотальной резекции желудка и резекциях ободочной кишки. 4. Необходимо дальнейшее изучение преимуществ и ограничений флюоресцентной лапароскопии при выполнении описанных операций.

ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ

Матвійчук Б.О., Гураєвський А.А, Стасишин А.Р, Тумак І.М., Кушнірук О.І, Погорецький Р.М, Клецко І.Я.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Ахалазія є порівняно рідкісним нейромускулярним ураженням стравоходу, до лікування якого на даний час застосовують низку ендоскопічних і хірургічних методик. Рідкість захворювання зумовлює труднощі в накопиченні досвіду лікування великої кількості хворих в межах однієї клініки.

Мета роботи: проаналізувати досвід пневмодилятації і лапароскопічної операції Геллера.

Матеріал і методи: оцінено результати лікування 49 пацієнтів з ахалазією, пролікованих у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО з 2009 по 2018 р. Серед пацієнтів було 28 чоловіків і 21 жінка віком від 19 до 89 рр. Діагноз встановлювали на підставі ЕГДС та рентгеноскопії стравоходу з суспензією барію.

Результати. Балонну пневмодилятацію як первинне втручання було виконано 28 пацієнтам, операцію Геллера – 21. При виборі первинного втручання враховували вік пацієнтів, тривалість захворювання і ступінь дилатації стравоходу, наявність діафрагмальної грижі, супутньої патології, а також преференції пацієнта. Особи, яким первинно виконували пневмодилятацію, були істотно старші (медіана віку 57 проти 42 р., $p<0,05$), з коротшим анамнезом, IV ступінь ахалазії в них був у 17,8% на противагу 31,8% серед оперованих. Дилатацію у всіх пацієнтів розпочинали з балона діаметром 3 см при тиску 10–12 psi упродовж 1 хвилини, у переважної більшості під ендоскопічним контролем, у 17,8% – під рентгенівським наведенням, переважно при s-подібному стравоході. Ускладнень втручання не відзначали. У 4 пацієнтів з III ступенем ахалазії при позитивному, але недостатньо вираженому клініко-рентгенологічному ефекті через 1–2 місяці виконано другий етап дилатації балоном 3,5 см з добрим ефектом. Незадовільний клінічний і рентгенологічний ефект засвідчено у 3 пацієнтів, двом з них успішно виконано операцію Геллера. Контакт підтримується з 17 пацієнтами, що перебувають під спостереженням від 1 до 9 р. без суттєвих скарг, які б наводили на думку про рецидив. У 3 пацієнтів відзначено виникнення рефлюкс-езофагіту ст. В, який добре піддається терапії ІПП.

Операцію Геллера виконували через 5 троакарів. Екстрамукозну кардіоміотомію робили упродовж 6–7 см на стравоході і 2–3 см – кардіального відділу шлунка. Фундоплікацію за Дором виконано у всіх пацієнтів. У 2 хворих (9,1%) ахалазія поєднувалася з грижею стравохідного отвору діафрагми, яким додатково вико-

нано лапароскопічну задню крурорафію за допомогою апарату EndoStitch. Інтраопераційна перфорація слизової оболонки стравоходу виникла у 2 пацієнтів (9,1%), отвір зашивали і прикривали фундоплікаційною манжеткою. Середній ліжкодень для хворих після операції Геллера становив 3±1,5 дні. Відновлення пасажу їжі по стравоходу і кардії досягнуто у всіх пацієнтів, патологічного шлунково-стравохідного рефлюксу не спостерігали. Не було жодного випадку гнійно-септичних чи тромбоемболічних ускладнень після операції. Безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування оцінювали через 3, 12 і 36 місяців після операції. Не було жодних проявів рецидиву захворювання після операції в 19 (86,4 %) опитаних хворих. Індекс якості життя був відмінний у 94,7 % пацієнтів.

Висновки: Таким чином, як операція Геллера, так і балонна пневмодилятація при належній техніці втручання забезпечують добрий віддалений ефект лікування ахалазії без істотних ускладнень. Віддавати перевагу операції Геллера слід насамперед особам молодого віку, пацієнтам з хіатальною грижею. Критерієм на користь балонної дилатації є підвищений операційний ризик.

ВПЛИВ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МІНІ-ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ

Москаленко В.В., Войтів Я.Ю., Тивончук О.С.

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

Вступ. Надлишкова вага та ожиріння стали епідемією як в розвинутих країнах, так і в тих, що розвиваються. Супутні ожирінню захворювання значно знижують не тільки тривалість, а й якість життя хворих. Тому, метою баріатричної хірургії є не тільки адекватне зниження маси тіла та усунення певних супутніх захворювань, але й покращення якості життя хворих**.**

Мета роботи. Вивчити вплив лапароскопічного міні-шунтування шлунка на якість життя хворих на морбідне ожиріння.

Матеріали та методи. В дослідження включені 42 пацієнти з морбідним ожирінням, яким виконано міні-шунтування шлунка за методикою R. Rutledge з мініінвазивного доступу. Серед них 24 жінки (57,1 %) та 18 чоловіків (42,9 %), віком від 24 до 65 років, що в середньому 43 ± 9,6 років. Вага тіла в доопераційному періоді в основній групі була в межах 88 – 250 кг, що в середньому 140,4 ± 34,9 кг, а середній ІМТ – 48,3 ± 8,7 (35 – 65) кг/м². Морбідним супер- та супер-суперожирінням страждали 12 (28,6 %) хворих. Довжину біліопанкреатичної петлі підби-

рали згідно ІМТ і складала 200 см у 23 (54,8%) хворих, 250 см – 15 (35,7%) пацієнтів та 300 см – 4 (9,5%) хворих.

Якість життя хворих оцінювали за опитувальниками Moorehead-Ardelt Questionnaire II та GERDQ. Отримані результати інтерпретували згідно ключа: дуже погана –3 – -2,1, погана -2 – -1,1, задовільна при показнику -1,0 – 1,0, хороша 1,1 – 2,0, дуже хороша 2,1 – 3,0 для оцінки якості життя за Moorehead-Ardelt Questionnaire II. Для об'єктивізації результатів за опитувальником GERDQ анкетування починали після повного відновлення харчування та налагодження харчової поведінки, що зазвичай потребувало 3 місяці. Критичним значенням показника вважали ≥8 балів. Тривалість спостереження 36 місяців.

В доопераційному періоді за опитувальником Moorehead-Ardelt Questionnaire II якість життя хворих була на рівні погано (- 1,6). Прояви рефлюкс – езофагіту за GERDQ становили від 2 до 12 балів, що в середньому 7,4 ± 2,1балів. У 15 (35,7 %) хворих ендоскопічно діагностовано ознаки рефлюкс – езофагіту у 3 (7,2%) пацієнтів ГСОД.

Результати. Середній % ВНМТ 71,6 ± 4,2%. За перші 12 місяців після операції якість життя хворих поступово підвищилась до рівня дуже хорошої (2,5) та залишалась сталою впродовж всього строку спостереження. Показник GERDQ через 3 місяці після операції складав 6,4 ± 1,8 балів з незначними коливаннями впродовж першого року спостереження та практично не змінювався в подальшому. Ознаки рефлюкс – езофагіту діагностовано у 3 (7,2%) пацієнтів, ендоскопічно ознаки ГСОД в післяопераційному періоді не відмічались. Отже, розрішення рефлюкс – езофагіту склало 28,5%.

Висновки. Лапароскопічне міні-шунтування шлунка ефективна баріатрична процедура, яка забезпечує значне покращення якості життя хворих на морбідне ожиріння, шляхом зниження надлишкової маси тіла до 71,6% та розріщення проявів рефлюкс – езофагіту на 28,5%.

ДОВІЧНЕ СТЕНТУВАННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК: ПОКАЗАННЯ, ТЕХНІКА, РЕЗУЛЬТАТИ

Насташенко І.Л., Левченко Л.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця м. Київ.

Вступ. Стосовно пацієнтів з неоперабельними формами бластоматозної біліарної обструкції пріоритетними визнані малоінвазивні методики біліарної декомпресії. Можливість тривалого внутрішнього дренування жовчних проток

(ЖП) забезпечується застосуванням для ендоскопічного стентування металевих стентів, що розправляються самостійно (МС). Через специфічність цієї категорії хворих дослідження віддалених результатів застосування МС було можливим на підставі повторних звернень лише 12% з них через відновлення клінічних проявів холангіту.

Мета роботи. Покращити результати лікування хворих з бластоматозною біліарною обструкцією шляхом оптимізації тактики їх лікування із застосуванням стентування жовчних проток металевими стентами, що розправляються самостійно.

Матеріал і методи. На протязі 2012–2018 рр. на кафедрі загальної хірургії №1 НМУ імені О.О.Богомольця в Київському міському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток ендоскопічні транспапілярні втручання проведені 6483 пацієнтам: ендоскопічна папілосфінктеротомія виконувалась в 3294(50,8%) випадках. Ендостентування ЖП застосоване у 499(7,7%) пацієнтів, 109(21,9%) з них були встановлені МС. Показанням для встановлення МС виключно була необхідність довічного стентування ЖП. Для запобігання блокування стентами протоки жовчного міхура або внутрішньопечінкових ЖП в 96(88,0%) випадках встановлювали стенти без покриття. Вкриті стенти застосовували за наявності пухлинних розростань в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки у 13(12,0%) пацієнтів, яким раніше була виконана холецистектомія. Для запобігання розвитку синдрому «швидкого розвантаження» в 16(14,7%) випадках встановленню МС передувало стентування пластиковими стентми.

Результати. В 2(1,8%) випадках при застосуванні покритих МС внаслідок блокування стентом устя міхурової протоки розвинувся гострий холецистит і в 1(0,9%) спостереженні задовгий стент був встановлений в правий дольовий проток печінки, блокував її лівий дольовий проток, що призвело до розвитку механічної жовтяниці і локального гнійного холангіту та потребувало проведення додаткових пункційних втручань. Обструкцію просвіту стентів внаслідок інкрустації їх жовчними солями в терміни від 6 до 21 місяця (в середньому 16,3 місяці) після встановлення спостерігали в 8(7,2%) випадках. Механічна реканалізація просвіту стентів з адекватною санацією ЖП забезпечила подальше їх функціонування – тільки в 1(0,9%) хворого (ще через 11 місяців) виникла необхідність в повторній реканалізіції стенту. В 5(4,6%) випадках спостерігали проростання пухлини через решітку МС з відповідними клінічними проявами біліарної обструкції. Механічна реканалізація пухлини супроводжувалась значною геморагією і була мало ефективною. Найбільш дієвим методом відновлення прохідності МС виявилася ендоскопічна діатермоабляція пухлини, що проросла в просвіт стенту – застосована нами у всіх хворих з вираженим макроскопічним та клінічним ефектом.

Висновки. У пацієнтів з бластоматозною біліарною обструкцією металеві стенти, що розправляються самостійно, доцільно використовувати тільки з метою довічного стентування жовчних проток.

Можливість довічного функціонування металевих стентів запезпечується ендоскопічним моніторингом та своєчасним відновленням їх прохідності.

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОБНАРУЖЕНИЯ ПОЛИПОВ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Введение. Колоноскопия (КС) является «золотым» стандартом в диагностике предопухолевых образований толстого кишечника (ТК). Своевременное их удаление приводит к достоверному снижению уровня заболеваемости колоректальным раком (КРР). И все же, колоноскопия – это несовершенный метод. Частота выявления аденом (ADR), являясь основным показателем качества скрининговой колоноскопии, зависит от опыта и навыков врача, качественной подготовки кишечника, локализации аденом и многих других факторов. Считается, что при увеличении ADR на каждый 1 %, риск развития КРР у пациента в течение следующего года уменьшается на 3 %. Однако, пропуск аденом при колоноскопии (AMR, adenoma miss rate) составляет от 6% до 27%, а при плохой подготовке кишечника – до 68,6%. Чаще это касается правой половины ТК, где в основном и возникают межинтервальные раки. С расширением наших знаний, появлением новых предшественников КРР, трудностью их дифференцирования не только во время эндоскопического исследования, но и при патологогистологическом исследовании вводятся новые определения – PDR (polyp detection rate), PMR (polyp miss rate).

Цель исследования. Сравнив подготовку 4 л PEG и 1 л Trisulfate, определить наиболее оптимальное время проведения КС с учетом наиболее качественной очистки правой половины ТК, определить эффективность повторного осмотра ТК в режиме хромоскопии с 0,3% раствором индигокармина.

Материалы и методы. В исследование вошли только те пациенты, которые полностью выполнили все рекомендации по подготовке ТК к исследованию. Показаниями к исследованию были: железодефицитная анемия невыясненной этиологии, боли в животе, расстройства стула (дефекации), скрининг, контрольные осмотры после удаления полипов. Подготовку 4 л PEG (Фортранс) осуществляли 306 пациентов и 303 пациента 1 л Trisulfate (Изиклин). Все пациенты на

протяжении 3 дней находились на Low-Residue Diet, готовились к КС разделенным двухэтапным режимом (вечер/утро) с симетиконом по разработанной нами схеме. Вечерний прием все пациенты проводили с 18 до 20:00 с одновременным приемом симетикона (80 мг трижды). Утренний прием проводился в течение 2 часов с одновременным приемом симетикона (80 мг трижды) и оканчивали за 3 (1 группа), 4 (2 группа) и 5 (3 группа) часов до КС. КС выполнялась колоноскопом CF-150L с тщательным отмыванием слизистой оболочки толстой кишки и последующим проведением тотальной хромоскопии по нашей методике. Большинство КС выполнялось без седации (85,7%). Осмотр слепой кишки, восходящей ободочной и печеночного изгиба проводился в положении на левом боку, поперечной ободочной в положении на спине, селезеночного изгиба и нисходящей ободочной кишки в положении на правом боку. Качество подготовки кишечника оценивали по шкале Харфилд.

Результаты. В исследование не вошли 46 пациентов, не выполнивших рекомендации по подготовке (нарушали диету). Различий по полу, возрасту (от 18 до 86 лет), показаниям к проведению КС не было. При проведении КС после подготовки 4 л PEG степень А по шкале Харфилд через 3 часа после окончания ее в восходящей ободочной и слепой кишке наблюдалась у 95,1%, в поперечной ободочной у 95,1%, в нисходящей ободочной у 89,3%, сигмовидной у 86,4% и в прямой у 85,4%; через 4 часа после окончания подготовки – 93,2%, 93,2%, 94,2%, 94,2%, 94,2% соответственно, а через 5 часов – 89,3%, 93,2%, 94,2%, 95,1%, 96,1% соответственно. При проведении КС после подготовки 1 л Trisulfate степень А по шкале Харфилд через 3 часа после окончания ее в восходящей ободочной и слепой кишке наблюдалась у 94,1%, в поперечной ободочной у 92,1%, в нисходящей ободочной у 88,1%, сигмовидной у 85,1% и в прямой у 85,1%; через 4 часа после окончания подготовки – 93,1%, 92,1%, 94,1%, 94,1%, 93,1% соответственно, а через 5 часов – 88,1%, 91,1%, 94,1%, 95%, 96% соответственно. Пенистое содержимое отмечалось только через 5 часов после окончания подготовки в восходящей ободочной и слепой кишке у 8 (7,7%) пациентов при подготовке 4 л PEG и 10 (9,9%) 1 л Trisulfate. Статистической разницы в качестве подготовки толстого кишечника между группами не было.

Всего в правой половине ободочной кишки было выявлено 334 образования, в восходящей ободочной и слепой кишке – 189 (30,9%), а в поперечной ободочной – 145 (23,7%). При первом осмотре в белом свете всего в правой половине ободочной кишки было выявлено 252 образования, в восходящей ободочной и слепой кишке – 131 (21,4%), а в поперечной ободочной – 121 (19,8%). При втором осмотре с хромоскопией было выявлено еще 84 (13,4%; 24,6% от всех образований) образования, в восходящей ободочной и слепой кишке – 58 (9,5%; 30,7% от всех образований в этом сегменте), а в поперечной ободочной – 24 (3,9%; 16,6% от всех образований в этом сегменте). PDR в правой половине ободочной кишки составил 53,6%, а PMR – 2,3%.

Выводы. 1. При полном выполнении всех рекомендаций по подготовке ТК к исследованию 4 л PEG или 1 л Trisulfate удалось добиться идеальной подготовки у большинства пациентов. Наиболее оптимальным временем проведения КС являлись 3 – 4 часа после окончания подготовки.

2. Повторный (второй) осмотр с применением хромоскопии достоверно увеличивал выявление неоплазий в восходящей ободочной и слепой кишке на 9,5%, а в поперечной ободочной на 3,9%

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГИБКОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ВЗРОСЛЫХ

Новохатний П.В.[1], Киосов А.М.[2]

[1]КНП «Городская больница экстренной и скорой медицинской помощи» Запорожского городского совета, Запорожье. [2]Запорізький державний медичний університет.

Введение. Современная специальная литература по неотложным респираторным нарушениям уделяет пристальное внимание инородным телам дыхательных путей. Однако статистически достоверные данные по эпидемиологии отсутствуют, существующие методы сбора информации требуют стандартизации и улучшения. Все авторы солидарны в том, что частота аспирационных инородных тел имеет два пика: у детей до 3 лет и у взрослых старше 50. Причем клиническая манифестация (диспноэ, кашель, гемофтиз) наблюдается до 67,5 % пациентов, а общепринятые радиологические методы позволяют верифицировать диагноз не более чем у 41,8 %. При этом 5 % составляют наблюдения множественных инородных тел дыхательных путей. Успешное удаление методами гибкой бронхоскопии с первой попытки отмечается в 58–74 % наблюдений.

Цель работы. поделиться опытом использования фиброволоконной бронхоскопии при инородных телах нижних дыхательных путей у взрослых.

Материалы и методы. За последние три года мы провели 23 фибробронхоскопии при подозрениях на инородное тело дыхательных путей у пациентов в возрасте от 20 до 78 лет. Показаниями к проведению были данные анамнеза, клинические проявления (кашель, диспноэ, аускультативные нарушения), результаты обзорной рентгеноскопии. Бронхоскопию проводили трансназально фибробронхоскопом Olympus BF type TE2 источником холодного свечения Olympus CLK-4 под местной терминальной анестезией 10 % раствором лидокаина. Использовали многоразовые захватывающие щипцы с изолированной оболочкой, тип «Аллигатор» FG-6U-1, многоразовый захват

V – формы FG-25C-1, многоразовые пятиногий захват FG-46U-1, многоразовую овальную электрохирургическую петлю SD-12U-1.

Результаты. Инородные тела визуализированы у 8. При первичной фибробронхоскопии под местной анестезией успешное удаление инородного тела было у 6. Небольшие (до 0,8 см) фрагменты фруктов извлечены у 3. Косточки растительного происхождения – у 2. Пластмассовый зубной протез (3 резца) удален многоразовой петлей у 1. Фрагмент животной кости (не менее 2 см) – у 1. В последнем случае пациент был направлен на плановую санацию дыхательных путей, инородное тело оказалось неожиданной находкой. Особенностями извлечения инородных тел более 1 см было их предварительное извлечение в ротоглотку, с последующим удалением при помощи корнцанга. Под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких при повторной фибробронхоскопии удалено 1 инородное тело (вишневая косточка) при помощи пятиногого захвата, находившееся в правом нижнедолевом бронхе со слов больной не менее 20 (!) лет. В одном случае, при наступивших гнойных осложнениях фиксированного инородного тела (пластмассовый зубной протез), потребовалась торакотомия с последующей бронхотомией.

Заключение. При каждом эндоскопическом исследовании дыхательных путей, в особенности у взрослых старше 50 лет, необходимо исключить наличие инородных тел, возможно нескольких. Технически сложные случаи предпочтительно разрешать в условиях общей анестезии с протезированием функции внешнего дыхания. Решающим фактором выбора эндоскопического инструмента для удаления является форма инородного тела.

ЕНДОБІЛІАРНЕ СТЕНТУВАННЯ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБІ

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

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

Актуальність. Ендоскопічна папілосфінктеротомія та літоекстракція на сьогоднішній день є пріоритетним методом лікування холедохолітіазу. Ендобіліарне стентування (ЕБС) при складних формах холедохолітіазу дозволяє покращити результати лікування та мінімізувати ускладнення у певної категорії пацієнтів.

Мета: покращити результати ендоскопічного лікування складних форм холедохолітіазу з застосуванням методик ендобіліарного стентування.

Матеріали та методи. Нами досліджені результати виконання ендоскопічного стентування у 185 пацієнтів з складними формами холедохолітіазу, що знаходились на лікуванні в клініці інституту в період з 2014 по 2019 роки. Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою відеодуоденоскопів TJF-145VR, TJF – 150 VR Olympus, під контролем рентгенівської установки APELEM EVO-R (Франція).

Результати. Досліджувані хворі були розділені нами на 4 групи: 1) конкременти жовчних шляхів великих розмірів > 3 см (n=26); 2) с-м Міріззі з високою обтураційною жовтяницею та гнійним холангітом (n= 45); 3) залишкові фрагменти конкрементів після першого сеансу механічної літотрипсії (n=96); 4) пацієнти з холедохолітіазом та симптомами гнійного холангіту і явищами печінково-ниркової недостатності як мінімально-інвазивний метод оперативного втручання (n=18). Пацієнтам першої групи при неможливості проведення механічної літотрипсії виконували тимчасове ендобіліарне стентування. Після 6-ти місячного курсу прийому препаратів урсодезоксіхолієвої кислоти ендоскопічна літотрипсія була успішно проведена у 18 (69%) хворих. ЕБС при синдромі Міріззі дало змогу ліквідувати симптоми гнійного холангіту та обтураційної жовтяниці і прооперувати пацієнтів в плановому порядку. При виконанні першого сеансу механічної літотрипсії у 96 пацієнтів з множинним холедохолітіазом застосування тимчасових ендобіліарних стентів забезпечило зниження частоти виникнення гострого панкреатиту та гнійного холангіту з 18% до 2,4%. Ускладнення виникли у 17 (9,2%) хворих. Кровотечі спостерігали у 12 пацієнтів, гострий панкреатит – у 4. Ретродуоденальна перфорація мала місце – у 1 хворого.

Висновки. Використання пластикових ендопротезів при складних формах холедохолітіазу є ефективним та безпечним методом біліарної декомпресії, що дає можливість етапного лікування хворих з застосуванням мініінвазивних технологій.

ЕНДОСКОПІЧНІ ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

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

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

Вступ. Доброякісні пухлини великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) займають 0,5–2,5% від загальної кількості новоутворень шлунково-кишкового

тракту. Рак ВСДК посідає 3 місце серед всіх причин злоякісної обтураційної жовтяниці, характеризується повільним ростом та пізнім метастазуванням.

Мета: дослідити результати ендоскопічного лікування хворих з доброякісними та злоякісними захворюваннями ВСДК.

Матеріали та методи. В період з 2010 по 2019 нами досліджені результати ендоскопічних транспапілярних втручань (ЕТПВ) виконаних 551 пацієнту з патологією ВСДК. Рак великого дуоденального сосочка мав місце у 390 хворих, аденоми ВСДК – у 36, стенозуючий папіліт – у 125 пацієнтів. Ендоскопічні резекційні втручання (ендоскопічна папілектомія) виконана у 36 хворих з тубулярними та вільозними аденомами ВСДК. СПХДС при раку сосочка виконувалась у 187 пацієнтів. У 203 випадках злоякісних новоутворень ВСДК застосовували пластикове та нітінолове ендобіліарне стентування як перший етап підготовки хворих до радикального втручання, так і як завершальний метод лікування у неоперабельних пацієнтів. При стенозуючому папіліті у 125 хворих виконували папілосфінктеротомію канюляційним та атиповим транспапілярним доступом.

Результати. Ускладнення після ендоскопічних транспапілярних втручань при пухлинах ВСДК спостерігали у 38 (8,9%) хворих. Рецидив аденоми сосочка після ендоскопічної папілектомії мав місце у 5 пацієнтів. Рецидивну тканину повторно висікали ендоскопічною петлею або методом термальної абляції.

Ускладнення ЕТПВ при стенозуючому папіліті зустрічались у 16 (12,8%), в більшості випадків представлені гострим панкреатитом. Хороші результати ендоскопічного лікування стенозуючого папіліту (повна регресія больового синдрому) відмічали у 67% пацієнтів. Задовільні результати (полегшення больового синдрому) спостерігали у 24% хворих. Ще у 9% пацієнтів відмічали незадовільні результати лікування (відсутність ефекту лікування та пухлинні рестенози).

Висновки. Ендоскопічна папілосфінктеротомія з біопсією сосочка є методом вибору в лікуванні хворих з стенозуючим папілітом. При доброякісних новоутвореннях ВСДК ендоскопічна папілектомія є ефективною альтернативою традиційному хірургічному лікуванню.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧАХ ПОРТАЛЬНОГО ҐЕНЕЗУ

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Радьога Я.В., Мельничук М.О., Чешенчук С.А.

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

Вступ. Гостра кровотеча з варикозних вен стравоходу часто є смертельним ускладненням у пацієнтів із цирозом печінки. Тому найбільш актуальним є своєчасний ендоскопічний гемостаз.

Мета роботи – оцінити ефективність ендоскопічного гемостазу у пацієнтів із кровотечою із варикозно розширених вен стравоходу.

Матеріали та методи. Дослідження засноване на проспективном аналізі результатів лікування 242 пацієнтів з кровотечою із варикозних вен стравоходу, які перебували на стаціонарному лікуванні на базі кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова в період з 2014 по 2018 рік. В даному контингенті чоловіків було 137 (56,61%), жінок – 105 (43,39%). Середній вік пацієнтів склав 56,8±3,6 років. Джерело кровотечі встановлювалося під час ендоскопії. Всі пацієнти отримували медикаментозну терапію – гемостатическую, антисекреторну, інфузійну, симптоматичну. Групу 1 (n=195) складали пацієнти, які отримували тільки медикаментозну терапію. В групі 2 (n=47) пацієнтам з метою гемостазу виконували лігування вариксів стравоходу. Після ендоскопічного лігування гемостаз був досягнутий у всіх випадках. Згідно з протоколом і при відсутності протипоказань до зниження портального тиску всі пацієнти отримували неселективні бета-блокатори.

Результати. У групі 1 кількість чоловіків була 105 (53,8%), жінок – 90 (46,2%). Середній вік пацієнтів складав 56,0±4,2 року. Використовуючи тільки медикаментозну терапію, кровотеча була зупинена у 152 випадках (77,95%). У всіх випадках наприкінці лікування ми отримували поліпшення клінічних та лабораторних показників. 43 (22,05%) пацієнта померли. Тривалість лікування складала 10,2±2,1 дня. У групі 2 кількість чоловіків була 32 (68,09%), жінок – 15 (31,91%). Середній вік пацієнтів складав 55,1±5,4 року. Виконуючи ендоскопічне лігування варикозних вузлів, кровотеча була зупинена у 41 (87,23%) випадку. У всіх випадках наприкінці лікування ми отримували поліпшення клінічних та лабораторних показників. 6 (12,77%) пацієнтів померли. Тривалість лікування складала 6,4±2,8 дня. При статистичному аналізі основних показників було продемонстровано достовірно кращий результат лікування пацієнтів із застосуванням ендоскопічного гемостазу.

Висновки. Консервативна терапія кровотеч портального ґенезу, доповнена ендоскопічним лігуванням вариксів стравоходу, дозволяє достовірно знизити смертність та тривалість лікування пацієнтів у порівнянні з консервативним лікуванням у моно варіанті.

НАШ ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСАНАЛЬНОЇ ТОТАЛЬНОЇ МЕЗОРЕКТУМЕКТОМІЇ (ТА ТМЕ)

Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В., Тараненко А.О., Злобенець С.О., Луценко Д.В., Совгира І.А.

Комунальний заклад київська обласна клінічна лікарня, м. Київ.

Вступ. Наша робота присвячена світовому та власному досвіду виконання трансанальної тотальної мезоректумектомії, висвітленню переваг та недоліків даного методу. На підставі даних, доступних на даний момент, можна зробити висновок, що трансанальна тотальна мезоректумектомія – принципово новий, перспективний метод хірургічного лікування низького ректального раку, що дозволяє значно підвищити якість мезоректумектомії, що особливо важливо з точки зору онкологічної безпеки операції.

Мета роботи. Метою роботи є визначення переваг та недоліків використання трансанальної тотальної мезоректумектомії у пацієнтів з ректальним раком у порівнянні з нині відомими та широко використовуваними хірургічними методами лікування: відкритою, лапароскопічною та роботасистованою тотальною мезоректумектомією.

Матеріали та методи. Лапароскопічні та роботасистовані тотальні мезоректумектомії, мають ряд недоліків. З них: при несприятливих умовах (вузький таз, вісцеральне ожиріння, велика пухлина) виникають проблеми з забезпеченням необхідної експозиції операційного поля і адекватної тракції. Складність використання сучасних лінійних зшиваючих апаратів (необхідність виконання більше 2-х прошивань, що збільшує ризик розвитку неспроможності анастомозу). Роботасистована ТМЕ окрім вище зазначених недоліків – висока вартість оперативного втручання. В свою чергу ТА ТМЕ надає нам ряд преваг: можливість працювати в тяжких анатомічних умовах, легше визначити дистальний край препарату, уникнення незручностей при використанні лінійних зшиваючих апаратів, виділення прямої кишки «знизу вверх» полегшує десекцію в ділянці фасції Денонвільє, знижує ризик вірогідності пошкодження сім'яних пухирців і простати, отримання препарату високої якості, отримання візуалізації елементів вегетативної нервової системи тазу, зменшення тривалості операції (можливість роботи 2 х бригад одночасно). Світом досвідом та нами

було визначено, що ТА ТМЕ є найбільш прийнятним методом у пацієнтів з вісцеральним ожирінням або з ІМТ >30 , у пацієнтів з вузьким та глибоким тазом (особливо в осіб чоловічої статі), при розташування пухлини нижче 12 см від ануса. Незважаючи на переваги ТА ТМЕ має і недоліки: довга крива навчання, можлива бактеріальна контамінація черевної порожнини, при інсуфляції є ризик потрапляння в хибний шар десекції.

Результати. На базі проктологічного відділення КЗ КОР КОКЛ, з серпня 2018 по травень 2019 року, було проведено 21 операцію з використанням ТА ТМЕ. Серед них 9 жінок та 12 чоловіків віком від 56 до 73 років. За локалізацією пухлини: 7 випадків у н/а відділі, 9 випадків с/а, 1 – н/а-с/а, та 4 випадки розташування пухлини від с/а до в/а відділу прямої кишки. За період впровадження ТАТМЕ спостерігався 1 випадок недостатності анастомозу.

Висновки. ТАТМЕ перспективний, принципово новий метод хірургічного лікування ректального раку низької локалізації, що значно полегшує виділення дистальної частини прямої кишки.

ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ ПРИ ВИДАЛЕННІ ФІБРОВАСКУЛЯРНОГО ПОЛІПА: ПЕРШИЙ ДОСВІД

Погорецький Р.М.[1], Горак В.М.[2], Мазуренко В.М.[3], Мулька С.Г.[3], Ленчик П.Ю.[3]

[1]Львівський НМУ ім. Данила Галицького. [2]Медичний центр «Medicover». [3] Медичний центр «Іномед-ком», м. Львів.

У пошуковій системі «PubMed» знайдено 103 публікаціїі з темою «фіброваскулярний поліп», станом на травень 2019 року, у 98 з них описані клінічні випадки лікування 1 або 2 пацієнтів і лише 5 робіт охоплюють дослідження у 126 пацієнтів. Через локалізацію та великі розміри утворів ендоскопічне лікування їх затруднене. Нижче подаємо опис клінічного випадку лікування 1 пацієнта, якому проведено ендоскопічне видалення фіброваскулярного поліпа.

Результати. Пацієнт звернувся в 3 хірургічне відділення КНП «КЛШМД» м. Львова із приводу рухомого новоутвора стравоходу, який самостійно виявив на догоспітальному етапі (регургітація поліпа в оральну порожнину під час блювання). Окрім того, виявляв скарги на болі за грудиною, регургітацію дрібних шматочків їжі під час їди, афонію, дисфагію. Під час обстеження (ЕГДС і КТ із контрастуванням) верифіковано утвір довжиною 12 см, основа якого містилася у ділянці верхнього стравохідного сфінктера (мал. 1 а, б). Утвір мав двоголову будову – одна голівка на довгій ніжці, а друга – фактично «сидяча»

при основі ніжки першої. Було заплановано ендоскопічне оперативне лікування. Під час операції під ендотрахеальним наркозом, верифіковано основу поліпа на передній стінці верхнього стравохідного сфінктера, з допомогою щипців «зуби щура» поліп вивихнуто у глотку і ротову порожнину – голівка поліпа діаметром понад 2 см виступала за край різців (мал. 2). Великі розміри поліпа і язика при порівняно малих розмірах ротової порожнини унеможливлювали одномоментне накладання endoloop (застосовано інструмент для лапароскопічної хірургії) на широку основу проксимальної ніжки. Тому його наклали на основу ніжки дистальної голівки, після чого її резектували з допомогою поліпектомічної петлі над лігатурою. Довжина видаленого препарата сягала 8 см (рис. 3 а, б), із виразкуванням на верхівці. З міркувань безпеки (ризик спровокувати кровотечу внаслідок дислокації лігатури) видалення проксимальної головки відтермінували на другий етап. Через 21 день в умовах ЛОР операційної виконано субмукозну диссекцію проксимальної частини голівки поліпа (яку вивихнуто у глотку з допомогою гастроскопа) з використанням оптики Karl Storz 30 та 70, діодного лазера «Ліка-хірург» у безперервному режимі 12 Вт. Видалений препарат мав розміри 5х2 см. Гістологія першого і другого препаратів збігалася: голівка – фіброма з набряком строми, ніжка – жирова тканина з ангіоматозом. Термін перебування пацієнта в стаціонарі не перевищував 3 діб під час кожного етапу. Ускладнень у післяопераційному періоді не було.

ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА УЗКОСПЕКТРАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ В УМОВАХ МЦ «КЛІНІКА СПІЖЕНКО». ПЕРШИЙ ДОСВІД ТА РЕЗУЛЬТАТИ

Спіженко Н.Ю. Сільвестров М.О. Антонов Є.О.

Вступ. У сучасних соціально-економічних умовах проблема захворювань органів шлунково-кишкового тракту залишається однією з провідних. Технічний прогрес представляє інноваційні системи, що забезпечують більш високу ступінь виявлень зон ураження слизової. Завдяки видатним досягненням сучасної науки і техніки способи гастроинтестинальної ендоскопії досягли вражаючих успіхів. Виявлення новоутворень та змін слизової, їх класифікація, вивчення морфологічних характеристик патологічного вогнища та послідовний їх аналіз - важливі кроки діагностичного алгоритму в сучасній стандартної ендоскопії. Крім того, що поліпшується чіткість зображення, віртуальна хромоендоскопія дозволяє визначити структуру поверхні тканин, поширеність патологічного вогнища, оцінити архітектоніку судинної мережі в зоні ураження. В умовах застосування нових технологій ендоскопіст, не будучи морфологом, повинен правильно орієнтуватися в основних морфологічних характеристиках і знати механізми виникнення неопластичних змін.

Матеріали та методи. Клінічне застосування узкоспектральної ендоскопії в МЦ «Клініка Спіженко» грунтується на досвіді проведених 109 ендоскопічних досліджень в 1 кварталі 2019р., з них 56 езофагогастродуоденоскопій та 50 колоноскопій з виконанням прицільної біопсії. Дослідження проводилися ендоскопом та колоноскопом серії 180 з використанням ендоскопічного процесора Olympus Evis Exera II CV-180 (Японія), який працює в центрі з лютого 2019р. Для детальної візуалізації слизової нами використовувались два режими: 1. Огляд в білому світі в режимах збільшення - зображення високого дозволу HDTV (формат для передачі відеозображення високої роздільної здатності, чіткість якого значно вище, в порівнянні зі стандартним SDTV-форматом) (Мал.1); 2. Та NBI (технологія, в якій використовується ендоскопічне спостереження при спеціальному режимі освітлення світлом у вузькій смузі частот) (Мал.2).

Результати. Успішність даної процедури в значній мірі залежить від якості підготовки товстої кишки до дослідження, тому для підготовки пацієнтів до колоноскопії ми використовували препарат Ізіклін, який підтвердив свою безумовну ефективність і перевагу (раніше ми використовували виключно препарат Фортранс або Мовіпреп). Ми рекомендували пацієнтам двоетапну підготовку, оскільки в основному дослідження проводились в другій половині дня. Спочатку все патологічні осередки були вивчені в двох режимах, проаналізовано, і тільки після цього ендоскопіст визначав, чи потрібно ендоскопічне втручання (прицільна біопсія). Результати проведених досліджень об›єктивно доводять ефективність застосування узкоспектральной ендоскопії при зіставленні з даними патогістологічного дослідження. Нами були виявлені випадки виразки шлунка в 3-х хворих і в 5 випадках вогнища гіперплазії, які не визначались при огляді в звичайному білому світі, а були виявлені при проведенні узкоспектральной ендоскопії, що було підтверджено морфологічно. Також були виявлені пацієнти з передбачуваними диспластическими змінами слизової оболонки, гістологічне дослідження біоптатів у яких визначило помірну, або виражену кишкову метаплазию в 8 випадках, в 7 випадках в поєднанні з атрофією слизової, помірну і важку ступінь дисплазії в 5 випадках. Важка дисплазія по клініко-морфологічним проявам близька до карциноми. Ступінь ризику переходу дисплазії в рак не може завжди бути передбаченою. Але в частині випадків важка дисплазія, безсумнівно, переходить в рак. Застосування морфологом цього терміна (при помірних і важких дисплазиях) дозволяє клініцисту сформувати групи підвищеного ризику і здійснювати за такими хворими активне спостереження з обов›язковим повторним взяттям біоптата. Кишкова метаплазія шлунка є фактором ризику розвитку раку шлунку кишкового типу. В даний час з›ясовується патогенез кишкової метаплазії і, ймовірно, буде показано, що комбінація бактеріальних факторів, факторів носія та середовища призведе до кишкової метаплазії. У нашому дослідженні виявлено 24 пацієнта, які потребують динамічного спостереження, що доводить високу чутливість методу гастроінтестинальної ендоскопії. Передбачувані ендоскопічно метапластичні і диспластичні зміни слизової були підтверджені морфологічно в 98% випадків.

Висновки. Таким чином, точність діагностики багато в чому залежить від якості обладнання, правильного ендоскопічного трактування видимих змін слизової оболонки і чіткого взяття матеріалу для морфологічного дослідження, чому, безумовно, сприяє застосуванню технології узкоспектральної ендоскопії. Не підлягає сумніву, що в даний час тільки комплексне обстеження хворих з використанням морфологічних методів може забезпечити діагностику ранніх стадій раку. Точність діагностики багато в чому залежить від правильного ендоскопічного трактування видимих змін слизової оболонки і чіткого взяття матеріалу для морфологічного дослідження.

РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АМПУЛЕКТОМІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НОВОУТВОРЕНЬ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Стешенко А.О.[1], Криворучко І.В.[2]

[1]Багатопрофільна лікарня ТОВ «ВІТАЦЕНТР», м. Запоріжжя. [2]ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», м. Запоріжжя.

Вступ. Аденома великого дуоденального сосочка (ВДС) є доброякісним новоутворенням, яке може мати спорадичний характер, а також розглядатися в контексті сімейного аденоматозного поліпозу (САП, FAP). Ампулярні аденоми мають лише хірургічне лікування. В останні роки розвинувся ендоскопічний підхід у ранній діагностиці та лікуванні ампулярної аденоми.

Мета. Оцінка результатів ендоскопічної петльової ампулектомії у пацієнтів з аденомою великого дуоденального сосочка спорадичного характеру і на тлі САП.

Матеріали та методи. Кафедрою факультетської хірургії, з серпня 2018 по січень 2019, було виконано 10 ендоскопічних ампулектомій. В ході збору анамнезу було відзначено наявність синдрому САП у перших трьох хворих (1 група; 3 жінки; середній вік 65 років) і холецистектомії у 7-ми хворих 2-ї групи. В 2-й групі (5 жінок, 2 чоловіка, середній вік 68 років) пацієнти були з холедохолітіазом та клінікою механічної жовтяниці, тому в них біопсія сумнівних ділянок була проведена після ЕРХПГ та літоекстракції. У пацієнтів 1-ї групи. на предрезекційній біопсії виявили дисплазію низького ступеня (у двох хворих), яка була морфологічно представлена тубуло-вільозною аденомою, у 1 пацієнтки – дисплазію високого ступеня з морфологічними ознаками вільозної аденоми, пацієнтів2 групи – дисплазію низького ступеня у 6-ти, та високого – у 1-го хворого – з морфологією тубуло-вільозної аденоми. Ендоскопічна папілектомія виконувалася за методиками piecemeal (у 3-х пацієнтів першої групи) та en-block

(у 7-ми пацієнтів другої групи). Кожна операція закінчувалася стентуванням загальної жовчної протоки і вірсунгової протоки.

Результати. Не було жодного летального наслідку. Епітелізація слизової оболонки спостерігалася при контрольній відеодуоденоскопії на четверту добу після резекції у всіх випадках. У одного хворого 1-ї групи на другий день після резекції виникла кровотеча з судин м'язового шару. Кровотечу зупинили установкою кліпси для надійності гемостазу, та ін'єкцією розчину гелофузину. Інші ускладнення (перфорація, холангіт, панкреатит) не спостерігалися. У 1-ї пацієнтки 1-ї групи в біопсії до резекції були знайдені морфологічні ознаки вільозної аденоми з високим ступенем дисплазії, гістологічна картина зразків, що піддалися резекції, вже виявила високодиференційовану аденокарциному. У даної хворої надалі була виконана панкреатодуоденальна резекція.

Висновки. Ендоскопічна резекція великого дуоденального сосочка, яка має менший ризик ускладнень, ніж трансдуоденальні втручання, є альтернативою та операцією вибору при ампулярній аденомі. Папілосфінктеротомія та ампулектомія рекомендовані ASGE не тільки, як метод лікування доброякісних новоутворень, але і як спосіб нагляду за їх ростом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Трофимов Н.В., Чухриенко А.В., Крышень В.П., Задорожный В.В., Кузнецов Г.Э., Тарабаров С.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», КУ «Днепровское КОСМП», г. Днепр.

Введение. За последние 5 лет по данным многих авторов отмечается возрастание почти в 2 раза числа случаев желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии, в частности – у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей кардиоваскулярной патологией.

Цель работы: На примере клинического случая язвы ДПК, осложненной кровотечением, у пациента с кардиоваскулярной патологией (постинфарктный кардиосклероз, установленный искусственный водитель ритма, сахарный диабет II типа) осветить эффективность существующих методов эндоскопии для разработки новых методов эндоскопического гемостаза.

Материалы и методы. Клинический случай. Пациент Ш., 73 лет, обратился в

хирургическое отделение КУ Днепровское КОСМП» с жалобами на рвоту «кофейной гущей», стул дегтеобразным калом, кратковременную потерю сознания. Болеет в течении 7 суток. Из анамнеза жизни известно, что на протяжении 15 лет страдает гипертонической болезнью. В 2014 году перенес инфаркт миокарда, в связи с которым установлен искусственный водитель ритма. На протяжении длительного периода пациент принимает «двойную» терапию: антикоагулянт, антиагрегант и гипотензивные препараты.

При проведении ЭГДС на верхне-боковой стенке определяется дефект до 0,6 см в диаметре с активным поступлением алой крови. Выполнен эндоскопический гемостаз комбинированным способом – инъекция раствора «Гелофузин» с последующей обработкой препаратом «Капрофер», так как применение методов электрокоагуляции противопоказано. На 2-е сутки у больного возник рецидив кровотечения. Эндоскопические мероприятия неэффективны. Выработаны показания к оперативному вмешательству. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В тонкой и толстой кишке – кровь. Произведена гастродуоденотомия. В желудке до 0,5 л жидкой крови со сгустками. В области луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язвенный дефект до 0,6 см в диаметре, из которого поступает алая кровь. Кровотечение остановлено путем прошивания язвы узловыми матрацными швами. Произведена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. На 24-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Частота возникновения ЖКК как осложнения язвенной болезни желудка и ДПК по мнению многих авторов составляют 50–170 случаев на 100 000 населения. 2.При неуспешном эндоскопическом гемостазе вырабатываются показания к оперативному вмешательству на «высоте» кровотечения, что приводит к высокой послеоперационной летальности и большому числу послеоперационных осложнений. 3.Данная ситуация побуждает нас к разработке новых методов местного эндоскопического гемостаза у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии с патологией сердечно-сосудистой системы, где применение существующих методов неэффективно.

СТОРОННЄ ТІЛО ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Тодуров І.М., Перехрестенко О.В., Косюхно С.В., Калашников О.О., Прохоренко О.К., Степанець М.В., Плегуца О.І.

Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій» м. Київ

Сторонні тіла ДПК, які виявляються під час езофагогастродуоденоскопії, становлять від 10 до 15 % за літературними даними. Клінічна картина і наслідки залежить від розміру, форми, структури та кількості сторонніх тіл

в ДПК. Тривале знаходження сторонніх тіл в ДПК призводить до запальних змін слизової оболонки та, як наслідок, можу бути ускладнене перфорацією та розвитком перитоніту. Ці ускладнення є небезпечними для життя пацієнта.

В ендоскопічне відділення нашого центру звернувся пацієнт 65 років з метою обстеження перед проведенням планового оперативного втручання. На момент проведення обстеження скарги у пацієнта відсутні. Зі слів хворого, чотири роки тому в ургентному порядку йому було встановлено стент у зв'язку з виникненням непрохідності ДПК. Контрольні ендоскопії не виконувались. При езофагогастродуоденоскопії (відеопроцесором Pentax EPK I-scan 7010) в антральному відділі візуалізується проксимальний кінець непокритого стенту, який змістився в шлунок на 2–2,5 см. Краї стенту деформовані та загострені. Слизова навколо стенту та під ним гіперемована, набрякла, з ділянки виразкування. Пілорус деформований, зіяє. Дванадцятипала кишка деформована, зі звуженим просвітом, прохідна для ендоскопа. Визначається дистальний кінець стенту (видима довжина – приблизно 6 см). Слизова ДПК ригідна, з множинними виразками. Стент був залишений на місці у зв'язку з високим ризиком перфорації при можливому його видаленні. З метою уточнення діагнозу взята мультифокальна поліпозиційна біопсія уражених ділянок шлунку та ДПК. Результати гістологічного дослідження: активний дуоденіт з виразкуванням, покривно-ямкова метаплазія. Гастроентерологом було призначене лікування. Контроль ендоскопії був виконаний через 2 тижні. Відмічається позитивна динаміка: на місці виразки грануляції, вкриті фібрином.

Висновок. Тривале знаходження непокритих стентів в ШКТ може викликати можуть виражені запальні зміни слизової оболонки, що в свою чергу, можуть ускладнитися обструкцією, перфорацією і перитонітом. Такі стенти можуть зміщуватися і мігрувати в шлунково-кишковому тракті. Вчасне виявлення стороннього тіла дозволяє попередити виникнення ускладнень шляхом видалення його та призначення лікування.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШОК

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

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

Проаналізовано досвід застосування мініінвазивних (лапароскопічних) втручань у 72 пацієнтів з злоякісними новоутвореннями товстої та прямої кишки, дивертикульозом сигмоподібної кишки, неспецифічним виразковим

колітом (НВК). Відображено особливості виконання операційних втручань з мініінвазивного доступу в залежності від виду та локалізації процесу. Наведено аналіз причин конверсій та виникнення післяопераційних ускладнень. Показано, що використання мініінвазивних технологій в колоректальній хірургії забезпечує виконання адекватної за обсягом резекції та лімфодисекції при хірургічних втручаннях.

Лапароскопічний доступ застосований у 79 пацієнтів, що лікувались у відділі хірургії шлунково-кишкового тракту ДУ «НІХТ ім. О.О. Шалімова» впродовж 2015–2018 рр. Чоловіків було 34 (47,2%), жінок – 38 (52,8%). Середній вік склав 52 ± 8,1 року. Більшість пацієнтів – 72 (92%) оперовані з приводу злоякісних новоутворень різних відділів товстої та прямої кишки (аденокарцинома G2,3). У 7 (12,5%) спостереженнях лапароскопічні втручання виконані у пацієнтів з дивертикулярною хворобою товстої кишки. У групі пацієнтів з колоректальним раком локалізація пухлини у правих відділах спостерігалась у 21 (31%) пацієнтів, у лівих – у 30 (41%), в прямій кишці – у 21 (28%). При аденокарциномі сигмовидної кишки виконували лівобічну лапароскопічну геміколектомію, лапароскопічну резекцію сигмовидної кишки. Операцію закінчували трансверзоректоанастомозом чи десцендоректоанастомозом «кінець-в-кінець», в 5 (16,6%) випадках – накладенням превентивної ілеостоми, в зв'язку з наявністю обтураційної товстокишкової непрохідності. Як правило, використовували 4 порти (2 – 10 мм, 1 – 12 мм і 1 – 5 мм). Проводилось високе кліпування та пересічення нижніх брижових судин та аорто-клубова лімфодисекція з дотриманням принципів CVL (Central Vascular Ligation) та CME – (Complete Mesocolic Excision). В стандартному обсязі лімфодисекцію проводили з видаленням та дослідженням не менш як 12 епі-, пара- та мезоколічних лімфовузлів (максимально – 21). Середня тривалість лапароскопічного етапу – 125±22 хв. Через поперечний розріз (Pfannenstiel) довжиною до 5 см видалявся препарат пухлини з мобілізованим сегментом кишки та проводилась фіксація головки циркулярного апарату (діаметром 28–31 мм) в проксимальному відділі кишки кисетним швом. Рану захищали використовуючи SurgiSleeve Wound Protector Medium (5–9 см). Далі накладали апаратний циркулярний степлерний десцендоректоанастомоз «кінець-в-кінець».

При локалізації пухлини в нижньо- та середньоампулярних відділах прямої кишки після неоад'ювантної хіміопроменевої терапії в 12 випадках виконувалась лапароскопічна передня резекція прямої кишки, у 9 випадках – тотальна мезоректумектомія. Після високого кліпування і пересікання лімфоваскулярної ніжки проводили мобілізацію прямої кишки з парціальною мезоректумектомією з дотриманням принципів «футлярності» (за Heald). Препарат видаляли в єдиному фасціально-футлярному блоці, з подальшим накладенням апаратного десцендоректоанастомозу. Середня кількість видалених лімфовузлів – 11–12. В 3-х випадках при виконанні низької передньої резекції накладалась превентивна ілеостома.

При виконанні лапароскопічної правосторонньої геміколектомії (24 випадки) використовували 4 або 5 портів (1 – 12 мм, 2–3 – 10 мм і 1 – 5 мм). Проводили мобілізацію правого відділу ободової кишки з кліпуванням та пересіченням лімфоваскулярних ніжок та видалення епі-, пара- та мезоколічних лімфовузлів (в кількості 12–20) вздовж клубово-ободової і правої ободової, правої гілки середньої ободової артерії, що відповідає стандарту лімфодисекції у об'ємі D2. Накладення екстракорпорального ілеотрансверзоанастомозу проводили через мінілапаротомний параректальний розріз справа (до 7 см). Рану захищали з використовуючи SurgiSleeve Wound Protector Medium, Large. Інтракорпоральний анастомоз накладали, з використанням лінійних апаратів Endo Gia Universal, передню губу формували вручну з використанням шовного матеріалу V-Lock. Середня тривалість лапароскопічного етапу склала 125 ± 25 хвилин, відкритого етапу – 56 ± 14 хвилин.

Конверсія виконана в 8 (13%) випадках. Проведення конверсії пов'язана з технічними труднощами, зумовленими: проростанням пухлини в навколишні органи і тканини (5), вираженим післяпроменевим параколітом та парапроктитом (2) і балоноподібним розширенням ободової кишки в зв'язку з хронічною обтураційною товстокишковою непрохідністю (1).

Післяопераційний період при мінінвазивних втручаннях протікав легше, ніж після аналогічних відкритих. На першу добу хворим дозволяли вставати. Відновлення кишкової перистальтики відбувалось на другу добу після операції. Наркотичні анальгетики в післяопераційний період не призначалися. Застосування ненаркотичних анальгетиків обмежувалося в середньому 4±1,5 дні. Середній післяопераційний ліжко-день для радикальних втручань з приводу колоректального раку склав 9,2±2,0. Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих (3,4%). В одному випадку сформувався абсцес очеревинної порожнини, який був дренований під УЗ контролем, в іншому реактивний лівобічний плеврит. Летальних випадків після застосування лапароскопічних втручань не було.

Отже, використання мінінвазивних технологій у колоректальній хірургії дозволяє виконувати повноцінну ревізію органів черевної порожнини, проводити адекватну за обсягом резекцію та лімфодисекцію, сприяє ранньому відновленню кишкової перистальтики, ранній активізації хворих та зменшує післяопераційний ліжко-день.

ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ «СКЛАДНИХ» ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ

Усенко О.Ю., Тивончук О.С., Дмитренко О.П., Терешкевич І.С., Бабій І.В.

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

Вступ. Поширеність гриж стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) серед населення може становити від 3 до 30 %, а у віці старше 50 років до 50%. Частота симптоматичних випадків грижі стравохідного отвору діафрагми пов'язана з діагностикою гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, оскільки ці захворювання тісно корелюють. Особливої уваги потребує проблема «складних» гриж стравохідного отвору діафрагми III – IV типу, що пов'язано з вираженою симптоматикою, часто з довготривалим неефективним консервативним лікуванням, та як наслідок появою ускладнень гриж стравохідного отвору діафрагми, складністю вибору методу та виконання оперативного втручання. Несвоєчасне виявлення та лікування ГСОД може призводити до виникнення хронічної анемії, гострої шлункової кровотечі, метаплазії епітелію стравоходу, стриктур стравоходу, перфорації, що є наслідком появи виразок та ерозій слизової оболонки шлунка; гострого защемлення шлунку та його некрозу.

Мета дослідження. Вивчити ефективність лапароскопічного та ендоскопічного лікування гриж стравохідного отвору діафрагми та ускладнень даної патології.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 214 хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми у відділі хірургії ШКТ НІХТ ім. О.О.Шалімова в період з 2008р. по 2019 р. Серед досліджуваних пацієнтів «складні» грижі III – IV типу складали 55%. Проведена статистична обробка даних, оцінено ефективність основних методів лікування за клінічною картиною, скаргами пацієнтів (печія, біль в епігастрії та за грудиною, дисфагію, регургітацію, задуха, кашель), визначенням добового pH-моніторингу, манометрією стравоходу, гістологічним дослідженням слизової оболонки стравоходу.

Результати. Серед досліджуваних пацієнтів чоловіки становили – 73 (34,1%), жінки – 141 (65,9%). Середній вік пацієнтів 54 ± 11,2 роки. 182 (85%) пацієнтам було виконано лапароскопічну фундоплікацію та крурорафію. У 139 (64%) з грижею стравохідного отвору діафрагми не було відмічено клінічно значущих ускладнень, і оперативне втручання було виконано одним етапом. У 43 (20,1%) прооперованих пацієнтів першим етапом було лікування ускладнень ГСОД. У 35 (16,3%) хворих, із ускладненням у вигляді стравоходу Барретта, проведено аргоноплазмову коагуляцію з подальшою у 28 (80 %) пацієнтів фундоплікацією та крурорафією. У 40 (18,7%) хворих зі стриктурою стравоходу виконано відновлення прохідності шляхом використання ендоскопічних методів або бу-

жування, з подальшою фундоплікацією та крурорафією у 15 (37.5 %) пацієнтів. Визначалась ефективність хірургічного лікування гриж стравохідного отвору діафрагми в ранньому та в віддаленому післяопераційному періоді. Відзначалась відсутність симптомів гастроезофагіального рефлюксу та покращення якості життя пацієнтів за шкалою якості життя GERD-HRQL (через 1 рік) з 10,4 до 4,7. У пацієнтів зникають ознаки патологічного гостро-езофагіального рефлексу та спостерігається нормалізація індексу DeMeester 65.7 до 14.3. Рецидив ГСОД діагностовано у 8 (4.65 %) прооперованих хворих. За результатами проведеної аргоноплазмової абляції у 33 (94 %) пацієнтів через 3 місяці не виявляється метаплазії епітелію слизової оболонки стравоходу за даними патогістологічного дослідження. У пацієнтів зі стриктурою стравоходу виконання ендоскопічної дилатації стравоходу дозволяє досягти позитивного ефекту вже після першого сеансу у 32 (80%) пацієнтів, після третього сеансу у 40 (100%) пацієнтів. Рецидив виник у 3 (7.5 %) пацієнтів.

Висновки. Лапароскопічна фундоплікація є ефективним методом лікування хворих з грижами стравохідного отвору діафрагми та дозволяє нормалізувати індекс DeMeester, підвищити тиск нижнього стравохідного отвору діафрагми, та нормалізувати стан слизової оболонки стравоходу, дозволяє отримати добрі та задовільні результати у 92% хворих. Мінінвазивні методи лікування ускладнень гриж стравохідного отвору діафрагми є високоефективними, та повинні використовуватись в етапному лікуванні даної патології. Ефективність виконання оперативного втручання залежить від технічних особливостей формування фундоплікаційної манжетки.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

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

Областная больница интенсивной терапии города Мариуполь, Харьковский национальный медицинский університет.

Введение. Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) распространенная патология, требующая повышенного внимания, особенно при осложненном течении (перфорация, полная обтурация пищевода, медиастинит).

Цель работы. Проанализировать результаты лечения пациентов с инородными телами проксимальных отделов ЖКТ на основании рекомендаций European Society of Gastrointestinal Endoscopy (2019).

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ 68 историй болезней пациентов с клиникой (подозрением) инородного тела верхних отделов ЖКТ госпитализированных в хирургическое отделение 2017–2019 годах. При госпитализации выявлено: положительный симптом Шлиттлера (боль при нажатии на гортань) – 41 (60,3%) пациент, положительный симптом Джексона (гиперсаливация) – 58 (85,3%). У 59 (86,8%) больных с подозрением на инородное тело пищевода диагноз подтвержден при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), у 9 (13,2%) 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, большие куски мяса) – 49 (83%) больных, реже монеты (3), зубные протезы (2), дискообразные батарейки, скрепки и другие предметы (5). Время с момента проглатывания инородного тела до эндоскопической экстракции составило до 12 часов – 35 (59,3%) больных, 12–24 часа – 14 (40,7%). Места локализации инородных тел соответствовали физиологическим сужением пищевода (чаще в проекции I-II физиологических сужений – 53 (89,8%) пациента), реже рубцовым (воспалительным) стриктурам пищевода.

Результаты. Эндоскопическая техника зависела от размеров, характера фиксации и срока пребывания в просвете пищевода инородного тела. Нефиксированные рыбьи, мясные кости захватывали щипцами по типу «крокодил» и извлекли вместе с эндоскопом. Куски мяса разрушали инструментами до размеров, при которых происходило их спонтанное прохождения в желудок. Эндоскопические манипуляции проводили под строгим визуальным контролем, вытаскивая посторонний предмет при постоянной инсуффляции воздухом, без резких тракций. Участок пищевода (с длительным пребыванием инородного тела с наличием эрозий, подслизистых гематом, трещин) орошали раствором «Декасан» с целью профилактики гнойных осложнений, после манипуляции пациенты получали блокаторы протонной помпы, антациды. Осложнений эндоскопического лечения не было.

Выводы. Пациенты с инородными телами ЖКТ составляют 0,5–2,8% ургентно госпитализированных больных. Ведущим методом лечения является полная или частичная эндоскопическая экстракция или продвижение пищевых масс в желудок (59 больных) с помощью биопсийных щипцов, петель для полипэктомии, корзины Dormia, Roth сетки, катетера Фолея.

PENTAX MEDICAL

IMAGINA

ендоскопічна відеосистема

НОВЕ ПОКОЛІННЯ

LED TECHNOLOGY

Легко
Продуктивно
Економічно

Віртуальна хромоскопія iScan
для більш чіткої діагностики

LED технологія нового покоління

Оновлення відеосистеми з огляду на досвід
фахівців у всьому світі

ТОВ «АСЕКА»
Представник Pentax Medical в Україні
www.aseca.com.ua

aseca

Відеоендоскопічна система
з технологією MULTI LIGHT™

Multi-Light Technology | BLI | LCI

ELUXEO™ Lite

Процесор EP-6000
з інтегрованим джерелом світла

ELUXEO™

Процесор VP-7000

Джерело світла BL-7000

Дистриб'ютор в Україні:
ТОВ «Нова медична група»
Телефон: (044) 295-74-14, телефон/факс: (044) 295-74-18 E-mail:
info@nmg.kiev.ua, www.nmg.kiev.ua

FUJIFILM
Value from Innovation