

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КРЫМ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЭНДОСКОПИСТОВ УКРАИНЫ

МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОГО СИМПОЗИУМА
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ
ЭНДОСКОПИЯ

г. Гурзуф

24-27 сентября 1998 г.

В сборнике представлены материалы, посвященные одной из важнейших проблем современной медицины-диагностической и лечебной эндоскопии. Отображены современные взгляды на организацию эндоскопической помощи населению, диагностику и лечение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и дыхания. Рассмотрены новые методики эндохирургии в клинической практике.

Для эндоскопистов, хирургов, гастроэнтерологов, пульмонологов, отоларингологов, онкологов.

Редакционная коллегия:

А.В.Тофан (председатель),

В.И.Никишаев (зам. председателя),

А.Н.Бурый (зам. председателя),

С.Г.Головин (отв. секретарь),

П.Д.Фомин,

С.Б.Шевелюк,

В.В.Радченко,

Г.С.Бойко.

© Ассоциация врачей -эндоскопистов Украины

СОСТОЯНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ.

Тофан А.В.

Киевская медицинская академия последипломного образования, г.Киев

Опыт работы функционирующих в Украине 1037 эндоскопических отделений (кабинетов), в которых работает более 2000 врачей-эндоскопистов, свидетельствует о рациональности дальнейшего развития и совершенствования эндоскопической службы и расширении специализированной помощи населению. В организованных эндоскопических отделениях совершенствуется диагностическая, терапевтическая и хирургическая эндоскопия, все шире применяется эндоскопия в ургентной службе. Функционируют специализированные эндоскопические кабинеты и отделения в ведомственных больницах и научно-исследовательских институтах.

По областям и городам Украины количество развернутых и функционирующих отделений и кабинетов представлено следующим образом (данные за 1997 год):

Крымская область	- 45
Винницкая	- 40
Волынская	- 24
Днепропетровская	- 87
Донецкая	- 95
Житомирская	- 26
Закарпатская	- 19
Запорожская	- 42
Ивано-Франковская	- 32
Киевская	- 40
Кировоградская	- 20
Луганская	- 53
Львовская	- 46
Николаевская	- 28
Одесская	- 44
Полтавская	- 44
Ровенская	- 25
Сумская	- 25
Тернопольская	- 29
Харьковская	- 72

Херсонская	- 20
Хмельницкая	- 33
Черкасская	- 32
Черниговская	- 34
Черновицкая	- 17
Город Киев	- 57
Город Севастополь	- 8

По данным статистических отчетов эндоскопических отделений и кабинетов в Украине имеется 3297 фиброэндоскопов различных фирм и моделей. Нагрузка на один аппарат в 1997 году составила 414 исследований. В 1997 г. выполнено эндоскопических исследований на одну занятую должность врача-эндоскописта - 1140.

По плану МЗО во всех областных городах Украины запланировано открытие диагностических центров. В настоящее время такие центры, хорошо оснащенные диагностической аппаратурой, функционируют в Днепропетровске, Донецке, Киеве, Львове, Одессе, Ровно, Херсоне, Черновцах и в других областных центрах.

Подготовка врачей-эндоскопистов и повышение их квалификации проводится на курсах информации и стажировки в ведущих эндоскопических отделениях диагностических центров, городских больниц, в Украинском научно-исследовательском институте онкологии и радиологии, Киевском научно-исследовательском институте экспериментальной хирургии, Днепропетровском институте гастроэнтерологии, Киевском медицинском университете, базовой клиникой которого является 22 больница г. Киева, а также в клиниках медицинских институтов и университетов многих городов Украины.

С 1982г. кафедра онкологии Киевской медицинской академии последипломного образования проводит курсы тематического усовершенствования по эндоскопии и за этот период было подготовлено 520 врачей-эндоскопистов. 21.11.1991г. МЗО Украины был издан приказ за №168 об обязательном прохождении предатестационных циклов всем врачам по профилям, которые претендуют на категорию. В соответствии с этим приказом кафедра подготовила программу и компьютерные тесты для предатестационного цикла по эндоскопии. С 1993г., и по настоящее время, прошли обучение 580 врачей-эндоскопистов практически из всех областей Украины.

Специализация по эндоскопии регулярно проводится на базе Львовского медицинского университета. В этом же университете проводятся предатестационные циклы по эндоскопии. На кафедре функциональной диагностики Тернопольского медицинского университета

на базе Ровенского лечебно-диагностического центра также начали проводить предатестационную подготовку по эндоскопии. Повышение квалификации врачей-эндоскопистов проводит доцентский курс Запорожского института усовершенствования врачей.

Из вышеизложенного следует, что министерством здравоохранения Украины, областными, городскими, районными отделами здравоохранения, научно-исследовательскими институтами, медицинскими университетами, институтами усовершенствования врачей и непосредственно врачами-эндоскопистами проделана большая работа по расширению и дальнейшему улучшению эндоскопической службы в Украине.

Во многих хирургических клиниках Украины организованы и оснащены оборудованном лапароскопические операционные, в которых успешно выполняются многие оперативные вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта и гениталиях. Ведущими в этом современном направлении являются: Киевский институт экспериментальной хирургии, центральный госпиталь Министерства обороны Украины, Киевский медицинский университет, Одесский медицинский университет, Ровенский лечебно-диагностический центр и другие лечебные учреждения страны.

Однако с каждым годом для многих медицинских учреждений увеличивается число нерешенных проблем. Многие эндоскопические кабинеты находятся на грани закрытия в связи с выходом из строя и устарением эндоскопической аппаратуры и инструментария. Практически прекратились плановые поставки эндоскопов за счет бюджетных средств. Несколько в лучшем положении находятся ведомственные подразделения и эндоскопические отделения диагностических центров.

Ремонтная база в Украине по-прежнему нуждается в дальнейшем расширении и усовершенствовании.

Врачи-эндоскописты крайне нуждаются в наличии моющих машин, аппаратуры для дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментария. Во многих учреждениях нет возможности регулярно приобретать современные дезинфицирующие средства, а ведь эндоскопические отделения и кабинеты могут стать очагами распространения опасных для человека заболеваний.

Есть необходимость дальнейшего усовершенствования учетной и отчетной документации для эндоскопических кабинетов и отделений.

Остается насущной задачей разработка и внедрение в практику унифицированной терминологии в диагностической и лечебной эндоскопии.

И все же, несмотря на чрезвычайно большие трудности, которые имеются в настоящее время, я думаю и все мы очень желаем, что в Украине настанет такой период, когда перечисленные проблемы будут разрешены одновременно с разрешением многих тяжелых социальных проблем.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОНЕЦКОГО ОБЛАСТНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

**Л.П. Артеменко, И.А. Лебедь, Е.Г. Кравцова, И.И. Сошенко, Н.П. Бердник, В.Ф. Левин,
В.Т. Михно, В.О. Гайдуков.**

**Донецкий областной диагностический центр
Донецкая областная санитарно-эпидемиологическая станция**

Донецкий областной диагностический центр организован 2 января 1989 г. Создание диагностического центра позволило обеспечить население Донецкой области доступной диагностической помощью на догоспитальном этапе, экономно и эффективно использовать сложное и уникальное оборудование других отделов центра, применять современные средства и методы диагностики. Рациональная организация работы позволяет обеспечить работу кабинетов в интенсивном режиме, превышающим нагрузку на оборудование в 1,5-2 раза в сравнении с общей лечебной сетью. Врачи отдела прошли подготовку по различным вопросам эндоскопии в ведущих клиниках гг. Москвы, Киева, Днепропетровска, Луганска.

Отдел эндоскопии работает в 2 сменном режиме с 8 до 17 часов. В состав отдела входит 8 эндоскопических кабинетов: 4-для проведения эзофагогастродуоденоскопии, 1-колоноскопии, 1-бронхоскопии, и 2 смешанных - для проведения эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии. Исследования проводятся эндоскопами фирмы «OLYMPUS», кроме того отдел оснащен лазерной терапевтической установкой УФЛ-1, лазерной хирургической установкой «MEDILAS 4100 NdYAG laser, электроножами, компьютерами, лекциоскопами и видеоаппаратурой. Запись на прием производится в автоматизированной регистратуре по направлениям из лечебно-профилактических учреждений. В направлениях зашифрованы коды лечебно-профилактических учреждений, дипломы врачей, направляющих больных, коды диагнозов согласно МКБ и коды исследований. Запись на прием осуществляется непосредственно в регистратуре, предусмотрена запись по телефону и телетайпу. На каждый кабинет отдела согласно приказу от 23.02.88 г. N 134 « О нормах времени на одно эндоскопи-

ческое исследование » планируется количество исследований и передается в регистратуру. Все кабинеты эндоскопического отдела подключены к единой компьютерной сети. Информация, заложенная в АРМы (автоматизированные рабочие места) врачей дает возможность учитывать виды исследований, количество лечебных и хирургических вмешательств, фиксировать выявленную патологию по нозологическим формам. На все эндоскопические диагнозы в АРМах внесены наиболее часто встречающиеся варианты их описаний, которые в каждом конкретном случае корректируются. В центре внедрена компьютерная программа «Карта амбулаторного больного», позволяющая создать базы данных на больных, прошедших обследование в центре и заменяющая ведение амбулаторной карты. Объем информации, заложенный в программе позволяет провести анализ деятельности, улучшить статистический учет. В настоящее время к этой программе разрабатывается компьютерный «Журнал амбулаторных хирургических операций и вмешательств». В отделе выполняются 18 основных методик. С 1990 года наметилась тенденция перерастания диагностического процесса в лечебно-диагностический. В отделе проводятся лечебные эндоскопические манипуляции и операции: лазерная реканализация пищевода при опухолях, лазерная деструкция опухолей и посттравматических гиперплазий трахеи и бронхов, транс бронхиальные биопсии легких, полипэктомии желудочно-кишечного тракта, извлечение инородных тел из трахеи, бронхов и верхних отделов ЖКТ, удаление постоперационных лигатур, эндоскопическая рН-метрия желудка, уреазный тест с мочевиной на *Helicobacter pylori*, хромоэндоскопии. Совместно с рентген отделом выполняются такие исследования как ЭРПХГ, бронхографии, рентгенконтрастные методики исследования органов ЖКТ. Совместно с отделом компьютерной томографии выполняются селективные компьютерные бронхотомографии, селективно контрастированные исследования желудка. С отделом функциональных исследований выполняются чреспищеводные эхокардиографии. Специалистами отдела эндоскопических исследований проводится организационно-методическая работа в области. Обучаются врачи из лечебно-профилактических учреждений области на курсах стажировки и информации по программам с учетом внедрения новых методов обследования и лечения. За годы существования диагностического центра в отделе обучено 126 врачей. Проводятся выезды в лечебно-профилактические учреждения с организационно-методической и консультативной целями. Врачами отдела осуществляется ургентная эндоскопическая помощь в области при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Отдел работает в тесном контакте с врачами областной санитарно-эпидемиологической станции. Совместно обсуждаются состав новых средств для дезинфекции и стерилизации и способы их использования в соответ-

ствии с рекомендациями по обработке эндоскопов заводов - изготовителей и существующими ОСТами. С целью повышения квалификации врачей-эндоскопистов области проводятся «Дни специалиста» и «Дни науки», на которых обсуждаются редкие и интересные случаи из практики, обзоры литературы по новым технологиям. Накопленный опыт работы находит свое отражение в печатных работах и рац.предложениях.

К ВОПРОСУ О ПРЕОБЛАДАНИИ ГРУППЫ КРОВИ O (I) RH (+) У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.А. Авраменко.

Одесский государственный медицинский университет.

Николаевский хирургический центр.

Ряд исследований (Козицкий О., 1996 г.;Передерий В.Г.;1997 г.) подчеркивают, что язвенная болезнь - это заболевание организма, в значительной мере связанное с наследственно-конституциональной предрасположенностью, и в частности, в 1,5 раза чаще возникает и протекает у лиц с группой крови O (I) Rh (+). Однако в доступной нам литературе мы не нашли работ, где бы четко прослеживалась связь между НР-положительными пептическими язвами луковицы 12-ти перстной кишки и O (I) Rh (+) группой крови, как доминирующей, что и послужило поводом для наших исследований.

Нами было обследовано 91 больной ЯБ ДПК в возрасте от 19 до 71 года с длительностью заболевания от 2-х лет до 31 года. Мужчин было 63, женщин - 28. Верификация язв осуществлялась путем эзофаго-гастродуоденоскопии (эндоскоп "UGI FP-7" фирмы "Фуджинон"). Наличие НР на слизистой желудка определялось тестом на уреазную активность и микроскопированием окрашенных по Гимза мазков-отпечатков, материал для которых брался во время эндоскопии из антрального отдела и тела желудка. Группа крови и Rh -фактор определялись у стационарных больных по общепринятой методике, у амбулаторных пациентов подтверждались выписками предыдущего стационара, наличием штампов в паспортах и донорских книгах.

У всех 91 обследованных был подтвержден активный язвенный процесс, протекающий на фоне хронического гастродуоденита. Размеры язвенных дефектов в луковице 12-ти перстной кишки колебались от 0,6 до 2,0 см. Результаты обследования на НР представлены на таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления НР в различных отделах желудка у больных ЯБ ДПК.

Антральный отдел	Тело желудка
91 человек	87 человек

У всех пациентов на слизистой оболочке желудка был выявлен НР с различной степенью обсеменения - от (+) до (+++). В подавляющем большинстве случаев - 87 (95,6) - НР выявлен и в антральном отделе, и в теле желудка, что говорит о длительно текущем характере патологического процесса.

Результаты по распределению групп крови и Rh-фактора у обследованных пациентов с ЯБ ДПК мы представили в сравнении с данными исследований по распространенности групп крови и Rh-фактора на территории Украины, и, в частности, в Юго-Восточной геногеографической зоне, к которой относится Николаевская область.

Таблица 2

Распределение групп крови и Rh-фактора у пациентов с ЯБ ДПК.

O(I) %	A (II) %	B (III) %	AB (IV) %
35,3	38,1	21,1	5,5

Всего: Rh (+) - 78 человек (85,7%); Rh(-) - 13 человек (14,3%)

Таблица 3

Распределение групп крови и Rh-фактора у жителей Юго-Восточной геногеографической зоны Украины (данные по 22 213 обследованным донорам)

O(I) %	A (II) %	B(III) %	AB(IV) %
33,21	37,84	20,94	8,00

Всего: Rh (+) - 18779 чел. (84,54%); Rh(-) - 3434 чел. (15,46%)

Приблизительно равное в % отношении распределение групп крови и Rh-фактора, преобладание А(II) группы крови и у обследованных больных, и у обследованного населения Юго-Восточной геногеографической зоны говорит в пользу инфекционной причины заболевания, так как для распространения и развития инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта, к которым относится и хеликобактерная инфекция, группа крови больного значения не имеет.

**О ВЛИЯНИИ КУРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ОБСЕМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА
ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

А.А. Авраменко

Одесский государственный медицинский университет.

Николаевский хирургический центр.

Выделение в 1983 году австралийскими учеными Маршаллом и Уорреном на слизистой оболочке антрального отдела желудка спиралевидных бактерий, названных *Helicobacter pylori* (НР), послужило толчком для формирования нового взгляда на этиологию и патогенез гастрита тип В и последующей трансформацией этого процесса в язвенную болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.

Нами исследовалось влияние такой широко распространенной пагубной привычки, как курение, на уровень обсеменения слизистой оболочки желудка хеликобактерной инфекцией у больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки (ЯБ ДПК).

Была проведена сравнительная характеристика уровня обсеменения слизистой оболочки НР антрального отдела и тела желудка у больных ЯБ ДПК, из которых одни курили, а другие были некурящими. Исследования проводились у 44 человек в возрасте от 17 до 52 лет со стажем заболевания от 4 до 21 года. В группе курящих (22 человека) стаж употребления никотиносодержащих продуктов колебался от 6 до 21 года. Всего мужчин было 31 человек, женщин - 13.

Активность процесса подтверждалась клиническими проявлениями и путем проведения эзофагогастродуоденоскопии при помощи эндоскопа “UGI FH-7” фирмы “Фуджинон”. Для более достоверного подтверждения наличия НР на слизистой оболочке желудка параллельно применялись два метода: тест на уреазную активность и микроскопирование окра-

шенных по Гимза мазков-отпечатков, материал для которых брался во время эндоскопии из антрального отдела и тела желудка.

У всех 44 обследованных был выявлен активный хронический гастродуоденит и подтвержден активный язвенный процесс (размеры язвенных дефектов колебались от 0,5 до 1,2 см). У 22 курящих больных ЯБ ДПК в полости желудка было выявлено большое количество густой бронхиальной слизи, насыщенной продуктами курения, что подтверждалось усилением специфического запаха из полости рта в момент прохождения фиброгастроскопом кардии. Результаты обследования на НР представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления и уровень обсеменения НР различных отделов желудка у больных ЯБ ДПК (курящих и некурящих)

Группы больных	Отделы желудка				p
	Анtrum		Тело		
	Число людей	Степень обсеменения НР M±m /(+)/	Число людей	Степень обсемене- ния НР M±m /(+)/	
1. ЯБ ДПК (некурящие)	22	2,8±0,13	14	1,8±0,15	<0,001
2. ЯБ ДПК (курящие)	22	2,6±0,11	22	2,7±0,13	>0,5

При анализе полученных результатов видно, что у некурящих пациентов в 63,6% случаев НР выявляется в обоих отделах желудка, при достоверно более низкой ($p < 0,001$) концентрации хеликобактерной инфекции в теле желудка; у курящих больных ЯБ ДПК в 100% случаев отмечается наличие НР в обоих отделах желудка при высокой концентрации ($p > 0,5$). При сравнении степени обсеменения по отделам желудка в антральном отделе обеих групп отмечается высокий уровень НР ($p > 0,5$), но в теле желудка у курящих степень обсеменения достоверно выше ($p < 0,001$).

Данные результаты логически объяснимы с точки зрения условий Среды обитания НР и закономерностей расселения хеликобактерной инфекции на слизистой желудка. Наличие высокого уровня обсеменения в антруме у всех обследуемых больных ЯБ ДПК объясняется первичностью вселения НР именно в этот отдел, где бикарбонатная система позволяет ему выжить в условиях гиперацидности. Высокая концентрация НР в теле желудка у курящих пациентов объясняется функциональным снижением уровня кислотности за счет щелочного

характера бронхиальной слизи. заглатываемой пациентами во время сна, что создает благоприятные условия для размножения и расселения НР.

Таким образом, курение является немаловажным фактором, способствующим выживанию НР в полости желудка, что ухудшает процесс эрадикации и приводит к частым рецидивам заболевания.

К ВОПРОСУ О ЧАСТОТЕ ВЫЯВЛЕНИЯ И УРОВНЕ ОБСЕМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ.

А.А. Авраменко, А.П. Чеботарев.

Одесский государственный медицинский университет.

Николаевский хирургический центр.

Прошедшие десять лет после аварии на Чернобыльской АЭС поставили новые проблемы перед медициной, связанные с поздними эффектами воздействия ионизирующего облучения на организм человека.

В условиях повышенного ионизирующего излучения, возникшего в ряде районов Украины, отмечается значительное увеличение заболеваний органов пищеварения. Это обусловлено совокупностью факторов: повышенным внешним и внутренним облучением за счет поступления радионуклидов с продуктами питания и водой и их инкорпорированием в слизистую оболочку пищеварительного канала, тяжелой стрессовой ситуацией, нарушением характера, ритма, а в ряде случаев и неполноценностью питания. В связи с этим актуальным является изучение особенностей течения у чернобыльцев такой распространенной патологии желудочно-кишечного тракта, как язвенная болезнь 12-ти перстной кишки (ЯБ ДПК), и в частности, уровня обсеменения и частоты выявления хеликобактерной инфекции (НР), учитывая ее роль в развитии гастрита тип В и язвенной болезни.

Нами проводилась сравнительная характеристика частоты выявления и уровня обсеменения слизистой желудка НР у больных ЯБ ДПК, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС, с аналогичными показателями у больных, не участвовавших в ликвидации. Было обследовано 44 пациента в возрасте от 18 до 66 лет с длительностью заболевания от 1-го года до 23 лет. Мужчин было 33, женщин 11. У чернобыльцев, группа которых составила 22 человека, срок пребывания в зоне аварии колебался от 0,5 до 9 месяцев (в среднем $2,8 \pm 0,43$ месяца), полученная доза колебалась от 0,1 до 18 БЭР (средняя доза составила $2,79 \pm 0,22$

БЭР). Верификация язв осуществлялась путем эзофагогастродуоденоскопии (эндоскоп UGI FR-7 фирмы “Фуджинон”). Наличие и степень обсеменения слизистой желудка НР определялись тестом на уреазную активность и микроскопированием окрашенных по Гимза мазков-отпечатков, материал для которых брался во время эндоскопии из антрального отдела и тела желудка. У всех 44-х обследованных был подтвержден активный язвенный процесс на фоне хронического гастродуоденита. Размеры язвенных дефектов в луковице 12-ти перстной кишки колебались от 0,5 до 1,9 см. Результаты обследования на НР представлены на таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления и степень обсеменения НР слизистой различных отделов желудка у пациентов обследуемых групп.

Название групп	Отделы желудка			
	Антральный отдел		Тело желудка	
	Число людей	Степень обсеменения M±m /(+)/	Число людей	Степень обсеменения M±m /(+)/
1. Чернобыльская	22	2,63±0,13	18	2,25±0,17
2. Контрольная	22	2,72±0,13	17	2,15±0,17

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что ни по частоте выявляемости, ни по степени обсеменения слизистой желудка хеликобактерной инфекцией пациенты чернобыльской группы достоверно не отличаются от пациентов контрольной группы ($p>0,5$).

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ДЖВП) У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.А. Авраменко, Т.С. Малицкая, Г.И. Колтовская

Одесский государственный медицинский университет.

Николаевский хирургический центр

Учитывая многие неясные и спорные моменты в вопросах этиологии и патогенеза желчекаменной болезни (ЖКБ) и хронического воспаления в гастродуоденальной зоне возникает необходимость в дальнейшем изучении причин и закономерностей развития данных патологических процессов. Особенно важно изучение этой проблемы применительно к детству, учитывая статистику начала развития различных видов гастропатологии (чаще всего - в детском возрасте).

Нами было обследовано 34 ребенка в возрасте от 5 до 14 лет, со стажем заболевания от 1 года до 10 лет. Всего мальчиков было 15, девочек - 19.

При обследовании применялись фиброгастродуоденоскопии “UGI FP-7” фирмы “Фуджинон” и “ХР-20” фирмы “Олипус”. , аппарат УЗИ “Sonolinc S-41” фирмы “Сименс”. Определение уровня кислотности проводилось по общепринятой методике.

Эндоскопическая картина выглядела следующим образом: хронический гастрит - у 11 человек, хронический гастродуоденит - у 17 человек, хронический гастродуоденит + эрозивный бульбит - у 4 человек, хронический гастродуоденит + язва луковицы 12-ти перстной кишки - у 2 человек. Размеры эрозий колебались от 0,1 до 0,3 см: язв - от 0,5 до 0,9 см. При определении уровня желудочной кислотности выявлено: гиперацидность - у 22 человек, нормацидность - у 8 человек, гипоацидность - у 4 человек. Результаты УЗИ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количественное распределение случаев выявления ДЖВП относительно групп с различной гастродуоденальной патологией.

Название групп	Число людей	Число случаев ДЖВП
1. Хр. гастрит	11	11
2. Хр. гастродуоденит	17	16
3. Хр. гастродуоденит + эрозивный бульбит	4	4
4. Хр. гастродуоденит + язва луковицы 12-ти перстной кишки	2	2

При анализе полученных данных обращает внимание высокая частота встречаемости ДЖВП (97,1%), которая у обследованных детей протекала по гипотоническому типу. Данные факты логически объяснимы с точки зрения начала воспалительного процесса в желудке у детей: как правило, воспаление начинается в антральном отделе, где располагается большое количество гормонопродуцирующих клеток, регулирующих процесс пищеварения, и , в частности, функцию желчного пузыря. Длительно протекающая дискинезия по гипотоническому типу может явиться одной из причин развития ЖКБ.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ PH-МЕТРИИ И ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ В ОДИН ДЕНЬ

А.А Авраменко, А.П. Чеботарев.
Одесский государственный медицинский университет.
Николаевский хирургический центр.

Точная диагностика уровня кислотности желудка играет большую роль для выбора тактики лечения и прогноза заболевания у больных с патологией желудочно-кишечного тракта. Внедрение в практику внутрижелудочной рН-метрии по методике Чернобрового В.Н. позволяет быстро (3-5 минут) и с наименьшими неудобствами для пациента (толщина микрозонда - 0,2 см) получать информацию о базальной секреции желудка. Однако достоверность данных ставится под сомнение как при проведении исследования через биопсийный канал эндоскопа (масса эндоскопа стимулирует секрецию), так и при проведении рН-метрии вслепую (отсутствие визуальной информации о содержимом полости желудка).

Нами было обследовано 45 больных с хроническим гастродуоденитом в возрасте от 18 до 51 года со стажем заболевания от 3 до 38 лет. Всего мужчин было 30 человек, женщин - 15. Среди обследованных 21 человек курили (стаж употребления никотиносодержащих продуктов колебался от 4 до 21 года).

Обследование проводилось в утренние часы по следующей схеме: сначала - рН-метрия по общепринятой методике (прибор ИКЖ-2), затем сразу - фиброгастродуоденоскопия (эндоскоп "UGI FP-7" фирмы "Фуджинон".)

У всех 45 обследованных был подтвержден хронический гастродуоденит в стадии обострения. У 21 курящего пациента в полости желудка было выявлено большое количество густой, вязкой бронхиальной слизи, насыщенной продуктами курения, что подтверждалось усилением специфического запаха из полости рта в момент прохождения фиброгастроскопом кардии. У 10 обследованных в полости желудка определялось большое количество желчи (дуодено-гастральный рефлюкс). Результаты исследования уровня кислотности представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количественное распределение обследованных больных с хроническим гастродуоденитом по желудочному содержимому и уровню кислотности.

Группы больных (по содержимому полости желудка)	Уровень кислотности					
	Гиперацидность		Норма- цидность	Гипоацидность		Анацид- ность
	выражен- ная	умерен- ная		умерен- ная	выражен- ная	
1. С естественным содержимым (14 чел.)	3	3	5	2	1	-
2. С бронхиальной слизью (21 чел.)	-	-	5	8	7	1
3. С желчью (10 чел)	-	-	1	3	6	-

При анализе полученных данных видно, что гиперацидность отмечается только у 6 человек (13,3%) и эти пациенты относятся к группе с естественным содержимым полости желудка. Нормацидность определяется во всех трех группах у 11 человек (24,4%). Наибольшее число случаев - 27 (60%) - приходится на гипоацидность при одном случае (2,2%) анацидности. Гипоацидность встречается во всех группах, но процентное соотношение относительно других уровней кислотности в группах резко отличается: если в 1-ой группе гиперацидность составляет 42,9%, нормацидность - 35,7%, а гипоацидность - 21,4%, то во 2-ой группе нормацидность составляет 23,8% случаев при 71,4% случаев гипоацидности и 2,2% случаев анацидности при полном отсутствии случаев гиперацидности. В 3-ей группе отмечается только 10% случаев нормацидности и 90% случаев гипоацидности.

Данные результаты логически объяснимы с точки зрения pH желчи и бронхиальной слизи: они имеют щелочной характер, и при попадании в полость желудка защелачивают его среду, тем самым искажая достоверность результатов исследования.

Таким образом, применение pH-метрии в один день с фиброгастродуоденоскопией позволяет дифференцировать кислотность желудка органического происхождения и функционально измененную за счет экзо- и эндогенных факторов.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

И.Г. Аксенов, Е.А. Крылова.

ОКЛПО “Фтизиатрия”, г. Днепрпетровск

В последнее время практически во всех регионах Украины отмечается рост заболеваемости туберкулезом, и в первую очередь, органов дыхания. Для своевременной диагностики этой патологии используются различные клинические, лабораторные и инструментальные методы, в том числе и бронхоскопия.

Цель работы. Дать оценку эндоскопическим проявлениям туберкулеза легких для улучшения качества его диагностики.

Материал и метод. Обследовано 180 больных туберкулезом легких в условиях крупного областного стационара. Бронхоскопия проводилась по стандартной методике гибким бронхоскопом FB-15 Р фирмы “Pentax” . У подавляющего большинства больных брали бронхо-альвеолярный лаваж, при необходимости - биопсию или браш-биопсию.

Результаты. Из всей массы больных проявления туберкулезного процесса в бронхах выявлены у 12 чел., из них рубцовые изменения - у четырех, инфильтративная форма туберкулезного эндобронхита у шести, бронхо-железистая - у двух. В остальных случаях мы наблюдали неспецифические воспалительные изменения в виде одностороннего, двустороннего или ограниченного эндобронхита различной степени и формы, а также нормальную эндоскопическую картину. Следует отметить, что достоверно чаще неспецифический эндобронхит соответствовал локализации туберкулезного поражения легочной ткани, однако иногда при односторонней инфильтративной форме туберкулеза мы находили двусторонний диффузный эндобронхит на фоне атрофических изменений слизистой оболочки или без таковых. По нашим данным на степень воспалительного процесса влияют такие факторы, как давность заболевания, возраст больных, своевременность начатого специфического лечения, уровень защитных сил организма.

Кроме того, у четырех пациентов из числа обследованных диагностированы злокачественные новообразования в бронхах, у одного - доброкачественный полип, что подтверждено данными морфологических исследований. Это позволило соответственно скорректировать проводимое лечение.

Заключение. Эндоскопическая картина у больных туберкулезом легких зависит от формы туберкулезного процесса, его распространенности, локализации, давности заболевания, возраста больных. Специфическое поражение бронхов при этом заболевании встречается относительно редко - по нашим данным - у 6,7% больных, в подавляющем большинстве случаев выявляются неспецифические воспалительные изменения. Тем не менее, бронхоскопия остается основным методом диагностики патологии бронхиального дерева.

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ.

Л.П. Артеменко, И.А. Лебедь, В.Т. Михно Д.С. Губанов
Донецкий областной диагностический центр

Использование высокоэнергетического лазера в эндоскопической практике в настоящее время находит широкое применение. Нами использовался высокоэнергетический лазер для реканализации кардиального отдела пищевода. Больной К.43 лет, состояние после гастрэктомии по поводу инфильтративной формы рака в 1996 году. При эндоскопическом исследовании спустя 2 года отмечается супрастенотическое расширение н/3 пищевода с явлениями пептического эзофагита. Кардиальной отдел сужен до точечного отверстия. От проведения реконструктивной операции больной отказался. В режиме FIBERTOM 2 (длина волны 1064 нм, мощность 40 Вт, при стандартной экспозиции (const) были проведены 4 сеанса реканализации пораженного участка пищевода. Исследования проводились с интервалом 5 дней с рентген-эндоскопическим контролем и постановкой контрастированного зонда для энтерального питания. При первичном Rg -эндоскопическом исследовании протяженность пораженного участка составила 2,5 см. После проведения курса лазеротерапии ширина восстановленного просвета пищевода - от 1 до 1,5 см. Общее время экспозиции составило 12 минут. При контрольном осмотре отмечаются умеренные явления эзофагита, проходимость восстановлена.

Использование высокоэнергетического лазера в хирургической эндоскопии является средством выбора при лечении больных с онкологическими заболеваниями, поражающими просвет органов пищеварительного канала. При неоперабельных формах является приоритетным методом для восстановления просвета пораженного органа. Проведение Rg-эндоскопического контроля с введением контрастированного катетера для энтерального пи-

тания позволяет судить об эффективности проведенной операции, дает ориентировку в направлении и протяженности канала для последующих этапов лазерной реканализации.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И ЛЕЧЕБНОМ АЛГОРИТМЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Т.М.Бараев

Одесский медицинский университет. Областная клиническая больница

Многие вопросы диагностики и лечения острого панкреатита до сих пор не разрешены. Остается высокой летальность при деструктивных формах заболевания.

В период с 1982 по 1998 г. под нашим наблюдением находилось 168 больных острым панкреатитом. В 53 случаях диагноз был подтвержден с помощью лапароскопии, когда другие методы (лабораторные, рентгенологические, УЗИ) были недостаточно информативны.

Лапароскопия использована:

- у 28 больных в первые 3 часа после поступления в стационар для проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, которые могут потребовать безотлагательной операции (прободная язва, тромбоз мезентериальных сосудов, перитонит);

- в 18 случаях в первые 3 суток для уточнения формы панкреатита и определения дальнейшей тактики в случае неэффективности консервативного лечения;

- у 7 пациентов в более поздние сроки для дифференциальной диагностики парапанкреатического инфильтрата с опухолевым процессом.

При необходимости диагностическое исследование было дополнено прицельной биопсией, цитологическим, бактериологическим и биохимическим исследованием экссудата.

Во всех случаях в зависимости от формы панкреатита и осложнений были выполнены лечебные лапароскопические манипуляции:

- дренирование брюшной полости одной или несколькими трубками для контроля и проведения перитонеального диализа при ферментативном перитоните;

- канюлирование круглой связки печени для проведения повторных новокаиновых блокад при выраженном болевом синдроме;

- микрохолецистостомия при обтурационной желтухе с целью декомпрессии протоковой системы печени и поджелудочной железы.

У 32 больных использовано сочетание различных лапароскопических операций. Они позволили в комбинации с другими элементами комплексного лечения значительно быстрее, чем у больных контрольной группы, уменьшить болевой синдром, токсемию, желтуху, парез кишечника. В 12 случаях ферментативного перитонита и желтухи удалось избежать лапаротомии. В тех наблюдениях, когда через 2-3 недели после начала заболевания потребовались оперативные вмешательства на сальниковой сумке (вскрытие абсцессов, некрсеквестрэктомии), они проводились на подготовленном с помощью лапароскопии благоприятном фоне.

В основной группе летальность составила 5,7%, в контрольной - 9,7%.

Таким образом, лапароскопия является важным элементом диагностического и лечебного алгоритма у части больных острым панкреатитом. Она позволяет улучшить распознавание и исходы лечения этого заболевания.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ (сберегательный принцип диагностики и лечения).

Т.М.Бараев

Одесский медицинский университет, Областная клиническая больница

Современная концепция патогенеза острого аппендицита предопределяет необходимость дифференцированного выбора лечебной тактики в зависимости от морфологической формы заболевания, пола и возраста пациента. Практическая реализация этого положения становится возможной, благодаря внедрению высокоинформативных диагностических и малоинвазивных лечебных методов.

У 183 больных при подозрении на острый аппендицит мы использовали лапароскопию. Среди них было 95 мужчин и 88 женщин в возрасте от 16 до 80 лет. В 77 случаях после обследования мы воздержались от напрасной аппендэктомии. У 69 пациентов на основании клинико-лапароскопических данных были распознаны гинекологические и урологические заболевания, мезаденит, энтероколит, терминальный илеит. В 8 случаях диагностированы другие острые болезни органов брюшной полости: перфоративная язва, холецистит, панкреатит и т.д. Ни разу поверхностные изменения в неудаленных червеобразных отростках не превратились в деструктивные.

В 106 наблюдениях с помощью лапароскопии были определены показания к аппендэктомии (96 - деструктивный аппендицит, 10-катаральный). Т.е. частота удаления малоиз-

мененного червеобразного отростка в этой клинической группе не превысила 10 % к общему числу операций. В контрольной группе этот показатель составил 36,5%.

Следует отметить, что во время выполнения хирургического вмешательства были учтены уточненные с помощью лапароскопии особенности анатомического расположения слепой кишки и червеобразного отростка, их мобильность, выраженность и распространенность воспалительных изменений. Это упростило выбор локализации и размера хирургического доступа и позволило выполнить операцию с минимальной травмой тканей. Причем, в 10 случаях сделана комбинированная лапароскопически-экстракорпоральная аппендэктомия через разрез длиной 2-3 см.

Таким образом, использование лапароскопии позволяет реализовать современный берегательный принцип диагностики и лечения острого аппендицита:

- отказ от напрасных аппендэктомий в случаях, когда отросток неизменен или изменен незначительно;
- выполнение аппендэктомии малоинвазивным способом в тех случаях, когда показано хирургическое лечение.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Я.С.Березницкий, Б.Ф.Шевченко, В.В.Сергейчук, С.И.Фещенко, Ю.Д.Лебединский
Украинский НИИ гастроэнтерологии МЗ Украины

У 512 больных с клинико-лабораторными признаками механической желтухи, сонографическими данными о расширении внепеченочных желчных протоков или подозрении на конкременты в протоках, нами в последние пять лет применялась ретроградная панкреатохолангиография.

Применение эндоскопических и рентгенологических способов исследования дало возможность выявить холедохолитиаз у 162 (31,%) больных. У 138 (26,9%) из них применена папиллотомия.

В группе больных, в лечении которых использовалась папиллотомия, мужчин было 40 (29,2%), женщин - 98 (70,8%). Старше 60 лет зарегистрировано 74 (54,6%), средний возраст пациентов равен 60,2 года. У 32 (23,8%) больных при поступлении в стационар констатирована обтурационная желтуха, у 37 (27,3%) - холангит, у 24 (17,8%) - перемежающаяся желтуха в анамнезе. У 45 (32,6%) из 74 пациентов биохимические исследования свидетельствовали о наличии механической паренхиматозной желтухи.

При установленном холедохолитиазе, как правило, мы не ограничивались эндоскопической папиллотомией, предусматривающей рассечение только внутрислизистого сфинктера большого дуоденального соска, а разрезом длиной до 10 - 15 мм рассекали и интрамуральный сфинктер Бойдена.

Это позволяло рассматривать данный способ как эффективный и в большинстве наблюдений окончательный вариант лечения у больных с холедохолитиазом, когда конкременты локализовались не только в терминальном, но и в ретро- и супрадуоденальном отделе общего желчного протока. При локализации конкрементов в двух последних отделах лечебные мероприятия не ограничивали эндоскопической папиллотомией, а производили также разрушение и удаление конкрементов с помощью петли Dormia. Такая сочетанная лечебная манипуляция успешно выполнена у 15 пациентов.

Осложнения после эндоскопических вмешательств отмечены у двух больных, в том числе у одной больной кишечное кровотечение и у одной больной острый панкреатит. В обоих случаях консервативная терапия привела больных к выздоровлению.

Таким образом, из 138 больных с холедохокалькулезом, у которых использованы эндоскопические способы оперативного лечения, у 114 они оказались эффективными и окончательными. У 24 пациентов эндоскопические виды хирургического пособия способствовали выведению их из тяжелого состояния, обусловленного механической желтухой, и успешному выполнению у них в более благоприятных условиях брюшнополостных операций, полностью корригирующих пассаж желчи в просвет кишечной трубки. Малое число осложнений свидетельствует о высокой эффективности эндоскопической папиллотомии.

ПРИМЕНЕНИЕ СУСПЕНЗИИ ВИСМУТА СУБНИТРАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И.М. Берко Д.С. Губанов.

Донецкий областной диагностический центр

Целью исследования является влияние местного воздействия висмутсодержащих суспензий на сроки рубцевания язв луковицы 12-перстной кишки. Для этой цели нами использовалась 10% суспензия субнитрата висмута основного на фоне базисной терапии H₂-гистаминоблокатором фамотидином.

Были выбраны 40 больных в возрасте от 18 до 65 лет с язвенным анамнезом от 3 до 25 лет, с размером язв от 5 до 15 мм, расположенных в 12-п кишке. Больные были разделены по размерам язвенных дефектов на две группы по 20 человек. 1-я группа получала в качестве базисной терапии 40 мг фамотидина однократно на ночь. 2-й группе, наряду с приемом фамотидина, дважды в неделю проводилось также местное лечение путем нанесения на дно, края язвы и окружающую слизистую 5 мл 10% суспензии висмута субнитрата основного. Суспензия наносилась на язвенный дефект по катетеру через биопсийный канал эндоскопа. Сроки рубцевания язвенного дефекта оценивались эндоскопически на 7-й;14-й;21-й;28-й; день со времени начала лечения. Наличие в краях язвы *Helicobacter pylori* оценивали уреазным тестом.

Полученные нами результаты показали следующее: в первой группе больных, которой не проводилось местное лечение, рубцевание в среднем наступило на 20-й день; во второй группе, с применением местного лечения, на 15-й день от начала лечения. В 1-й группе *H.pylori* уменьшался в количестве к 21 дню, во 2-й группе оно полностью исчезало на 14-й день. Таким образом, местное применение 10% суспензии висмута субнитрата основного может быть рекомендовано для сокращения сроков рубцевания язв в комплексном лечении совместно с фамотидином.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ И СТРУКТУРЫ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА.

А.Н. Бурый

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г.Киев

Под нашим наблюдением находилось более 4 тыс. больных с полипами желудка различной локализации. Преобладающим местом расположения этих новообразований являлся антральный отдел - 49%, в области тела отмечалось - 37%, в кардиальной части желудка - 14% полипов. Причем дистальная ориентация характерна как для единичных, так и для множественных полипов. Так, полипоз обычно встречался в нижней трети тела и в антральном отделе, реже в проксимальной части желудка и практически не наблюдался в области дна желудка. Полипы проксимальной части желудка (кардии, субкардии, дна и верхней трети тела) отличались по структуре от полипов дистальной части желудка (антральный отдел), что позволило нам разделить их на две условные группы - "рыхлые" и "плотные".

"Рыхлые" полипы, типичные для верхней части желудка, имели ярко-красную окраску, были легко податливы при инструментальной пальпации, кровоточили при контакте. Во время эндоскопической полипэктомии эксцизия такого полипа нередко происходила еще на этапе затягивания петли, образование струпа на месте удаления не характерно. Часто отмечалось кровотечение, которое, впрочем, не было значительным и продолжительным, не требовало экстренных мероприятий по его остановке. Гистологические исследования показали, что новообразования этой группы сформированы преимущественно за счет углубления желудочных ямок и гиперплазии покровного эпителия. Для полипов этого вида характерно образование многочисленных кист, наличие инфильтрации разной степени выраженности, хорошо развитой сосудистой сети, иногда с явлениями ангиоматоза. Строма полипов отечна, наблюдается миксоматоз. Мышечные элементы или вовсе не определяются, либо весьма немногочисленны. При этом в 43% наблюдений строение полипов частично или полностью сохраняло сходство с нормальной слизистой и скорее напоминало гипертрофированную складку, чем сформировавшийся полип.

"Плотные" полипы локализовались в антральном отделе желудка, имели довольно гладкую поверхность, при инструментальной пальпации отмечалась их упругость, контактное кровотечение отсутствовало. Диатермоэксцизия полипов этой группы была более про-

должительной, на месте их удаления образовывался струп белесоватого цвета. Кровотечения для этой группы, в целом, не типичны. Однако в случае наличия крупных сосудов в ножке, именно полипы этой группы представляют опасность массивного кровотечения, как в момент удаления полипа, так и после отхождения струпа (3-4 сутки). Микроскопическая структура “плотных” полипов представлена преимущественно железами пилорического типа, ямки неглубокие и расположены редко, покровный эпителий гиперплазирован незначительно. Характерна слабая васкуляризация и массивные разрастания мышечных волокон, особенно в ножке, что по видимому и препятствует кровотечению после удаления полипов этой группы.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИЧЕСКОЙ БИОПСИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЫ И РАКА ЖЕЛУДКА

**А.Н. Бурый, Г.Д. Бабенко, А.Ю. Иоффе, Н.А. Денисов,
И.В. Гомоляко, А.М. Бахарев, В.В. Крошук.**

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г. Киев

Дифференциальная диагностика между хронической язвой желудка и изъязвлением, как проявлением одной из форм онкологической патологии желудка, особенно в ее начальной стадии, представляет собой актуальную проблему современной эндоскопии. Гастрофиброскопия, с последующим гистологическим исследованием даже множественных биоптатов (5-8 кусочков) дает положительный ответ не более, чем в 70% случаев. Врач-эндоскопист не всегда может визуально определить характер изъязвления и оптимальное место для взятия биоптата, поскольку участки ткани, пораженные опухолевым процессом: чередуются со здоровыми.

Гистологическое исследование растянуто по времени таким образом: что заключение можно получить только через 5-7 дней. Для повышения чувствительности эндоскопического исследования желудка и сокращения времени диагностики нами разработана методика оптической биопсии. В ее основе лежит индуцированная лазером флуоресценция с использованием натурального фотосенсибилизатора (настойка зверобоя - 1 мг/кг или гиперфлав - 0,10 - 0,15 мг/кг), который принимает за 10-12 часов перед исследованием. Фотосенсибилизатор накапливается в опухолевых тканях и при последующем облучении гелий-кадмиевым лазером дает интенсивное розовое флуоресцентное свечение (аномальное свечение) с характер-

ными пиками в диапазоне 600-650нм. В норме участки слизистой желудка имеют желтое флуоресцентное свечение со спектральным максимумом обычно 525 нм.

Для выполнения этой методики через биопсийный канал фиброскопа вводили два оптических световода, по одному из них к исследуемому участку желудка подводилось излучение гелий-кадмиевого лазера (модель «Магма» , 20 мВ, Львов), через другой - сигнал передавался на спектроанализатор («Спектр-1», НТУ, г.Киев). Обследовано две группы пациентов, контрольная составила 18 человек (мужчин - 10, женщин - 8), во вторую группу вошли 53 больных (мужчин - 38, женщин - 15) с хронической язвой желудка с подозрением на ее малигнизацию.

Анализ полученных данных показал, что слизистая оболочка желудка в норме не накапливает фотосенсибилизатор и поэтому не дает аномального свечения. У 19 больных второй группы было выявлено наличие гиперфлава в области язвы, что проявлялось характерными спектрограммами и позволило нам предположить о злокачественном процессе. Из участков максимального накопления фотосенсибилизатора в области изъязвления была взята биопсия с последующим гистологическим исследованием, которое подтвердило наш диагноз у 17 (88,2%) случаях, у 2 (11,8%) больных были выявлены выраженные диспластические изменения.

Таким образом, оптическая биопсия открывает новые возможности для дифференциальной диагностики хронической язвы и раковых изъязвлений желудка, повышает информативность эндоскопии, позволяет точно определить место для взятия биопсии, что увеличивает достоверность гистологического исследования.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТОВ

О.А. Венгерова, О.И.Шпак.

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г.Яновского АМН Украины

В период 1995-1997 гг. нами произведено 2120 бронхоскопий (ригидным бронхоскопом и фибробронхоскопом) больным с хроническими воспалительными заболеваниями бронхов. У 1844 больных (87 %) был выявлен острый эндобронхит (отек, гиперемия, гиперсекреция), с преобладанием в 883 случаях (48 %) II-й степени воспаления. Явления дискине-

зии (пролапс мембранозной части главных и крупных бронхов, дряблость межкольцевых промежутков, отсутствие тонуса стенок бронхов) отмечалось у 322 больных (18 %). У 515 больных (28 %) отмечено преобладание явлений механической обструкции мелких бронхов; этой группе больных нами произведено 1092 лечебных бронхоскопий по 2-3 раза в неделю в количестве от 2 до 5 фибробронхоскопий, с использованием гормонов, муколитиков при лечебных санациях, до достижения стойкого терапевтического эффекта.

МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ МЕЛАНОМА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е.О. Врублевская, А.Д. Нелеп.

Киевский городской консультативно-диагностический центр

Меланома кожи составляет 1-10% всех злокачественных опухолей кожи и 0,3-09% всех новообразований человека. По данным Международного противоракового союза, заболеваемость меланомой составляет 0,1-6,9 на 100 тыс. Населения в различных странах мира. Наиболее часто меланома локализуется на коже (70-80%), реже в области глаза (5-7%) и совсем редко в других органах, поражение которых рассматривается как казуистика. В литературе можно найти лишь единичные сообщения, на основании которых можно предположить возможность первичной локализации опухоли в желудке (Казанцев И.А., Финкельберг Э.И., 1965, Calkins W., Noppel C., 1965, Bonaldi U. et al., 1984).

В эндоскопическом отделении КГКДЦ диагностированы два случая (на 60 тыс. обследованных) необычной локализации меланом.

Больной Н., 1942 г.р., направлен на ФЭГДС с д-зом: Язвенная болезнь ЛДПК. Болеет около 10 лет. Последние 3 месяца отмечает резкое ухудшение состояния, потерю в весе до 15 кг. Тошноту, рвоту. При эндоскопии выявлен гастрит, рубцовая деформация ЛДПК, поверхностные эрозии от 0,2 до 0,4 см диаметром голубого и синего цвета. Взята биопсия пораженных участков слизистой ЛДПК. Заключение патогистологического исследования N 1018-1019 : в биоптатах слизистой оболочки ДПК имеются очаги злокачественной меланомы с инвазией опухолевых клеток вглубь; опухоль частично некротизирована.

После обследования уточнен анамнез. Больной был прооперирован год накануне по поводу опухоли передней грудной стенки. Результат патогистологического исследования макропрепарата неизвестен.

Больной Ч., 1948 г.р., направлен на ФЭГДС с д-зом: язвенная болезнь желудка. В течение месяца потеря в весе до 10 кг, тошнота, периодически рвота. При эндоскопии выявлен эрозивный гастрит (поверхностные эрозии черного цвета). Взята биопсия. Патогистологическое заключение N 1144-1146: в гастробиоптатах очаги эпителиоподобной злокачественной меланомы. Пациент наблюдался у дерматолога по поводу заболевания кожи лица.

Комментируя наблюдения, можно предположить, что первичная опухоль локализовалась вне желудка, метастазы же ее продолжали развиваться, и в данных случаях явились находкой.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАННИХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА МЕТОДОМ ХРОМОГАСТРОСКОПИИ

В.Б. Галинский, С.Н. Федосенко, Г.В. Белокобыльский.

Полтавский областной клинический онкологический диспансер

Применение в эндоскопии методик с использованием витальных красителей: метиленового синего, нейтрального красного, конго красного, индигокармина, раствора Люголя позволяют более эффективно диагностировать ранние формы рака и предраковые заболевания, изучать топографию функциональных и органических поражений, определять истинные границы злокачественных поражений и воспалительно-дегенеративных изменений, а также осуществлять контроль за эффективностью лечения.

В Полтавском областном клиническом онкологическом диспансере внедрен и используется для выявления ранних форм рака, а также определения границ поражения желудка опухолью, метод эндоскопической хромогастроскопии с метиленовым синим.

С применением данного метода обследовано 185 больных. Большинство больных были направлены с диагнозом: *Suspitio Ca ventriculi* и в анамнезе отмечали хронический гастрит, язвенную болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, полипы желудка.

У 104 пациентов (56,2%) при применении методики были установлены диагнозы: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, полипы желудка без признаков малигнизации. Накопление красителя выявлено не было. В 47 случаях (42,5%) при вышеперечисленной патологии бралась прицельная биопсия слизистой желудка и диагноз подтверждался морфологически.

Злокачественное поражение желудка установлено в 81 случае (43,8%) - отмечалось интенсивное, стойкое, равномерное окрашивание пораженных участков слизистой, а также четкое контрастирование изменения ее рельефа. Биопсия при выявлении рака бралась в 100% случаев. Морфологическое подтверждение злокачественной опухоли до операции получено в 76,5% случаев. После хирургического лечения морфологическое подтверждение злокачественной опухоли желудка получено у всех оперированных больных.

Из общего числа исследований был один ложноположительный результат (0,54%) и в двух случаях (1,08%), при морфологическом подтверждении раковой опухоли при взятии биопсии, накопления красителя в слизистой не наблюдалось. В случае ложноположительного результата у больного с хронической язвой желудка диагноз был подтвержден морфологически при взятии биопсии - заключение: хроническая язва, что совпало с гистологическим заключением после хирургического лечения.

Таким образом полученные нами данные позволяют считать, что эндоскопическая хромогастроскопия с метиленовым синим позволяет:

- 1) выявлять мельчайшие поражения слизистой желудка;
- 2) качественно оценивать изменения макроскопической картины слизистой оболочки
- 3) определять распространенность злокачественной инфильтрации;
- 4) дифференцировать небольшие доброкачественные и злокачественные поражения (ранние формы рака);
- 5) более точно определять место прицельной биопсии, что позволяет повысить % верификации ранних форм рака до операции.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ГРАНИТНЫХ КАРЬЕРОВ

А.Г.Гарашук, С.Н.Курило

**Институт медицины труда АМН Украины, Дорожно-клиническая больница N 1,
г. Киев**

Изменения в слизистой оболочке бронхов под влиянием промышленных аэрозолей являются сложными и до конца не изученным процессом. На его характер влияют как свойства самого аэрозоля, так и анатомия дыхательных путей, определяющие скорость движения потока воздуха и осаждение аэрозоля в них. Патогенное действие пыли зависит главным образом от ее массы, состава и дисперсности.

Исходя из этого нами изучено состояние слизистой оболочки бронхов у рабочих гранитных карьеров, где в воздухе рабочей зоны присутствует кварцсодержащая пыль, обладающая высокой фиброгенной активностью.

Бронхоскопия проведена у 82 больных хроническим пылевым бронхитом с целью уточнения диагноза, определения характера патологических изменений в слизистой оболочке бронхов.

В момент исследования, усилия были направлены на поиск 8 основных признаков по Г.И.Лукомскому, 1973. Формы эндобронхита выделяли по J.Lemoine,1971.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие эндоскопические симптомы и признаки:

1. Вид слизистой оболочки трахеи и бронхов: 1 вариант (утолщение слизистой оболочки: цвет грязно-красный, контуры хрящей стерты, но различимы) обнаружен в 34,3% случаев; 2 вариант (атрофия слизистой оболочки: окраска бледная с розовым оттенком, хрящевые промежутки углублены, выводные протоки бронхиальных желез расширены) - у 54,7% пациентов; 3 вариант (комбинированная форма - проксимальный отдел - атрофия слизистой оболочки бронхов, в нижнедолевых бронхах отчетливая отечность и утолщение слизистой оболочки) наблюдался в 8,2% случаев. Участки пылевой пигментации - "татуировка" на всех уровнях бронхиального дерева отмечена при 2 варианте у 16 % пациентов.

2. Вид и качество секрета: отсутствовал в 62,3% случаев, был скудным у 22,7% больных, слизисто-гнойный у 9,4% обследованных.

3. Эластичность стенок трахеи и бронхов снижена у 38,3% пациентов.

4. Кровоточивость при инструментальной пальпации: умеренно выражена при 1 варианте, реже - при 3 варианте.

5. Вид и подвижность шпор и устьев сегментарных и субсегментарных бронхов: при 1 варианте - карины теряют острый край, утолщены и отчетливо уменьшен калибр устьев бронхов. Дыхательные движения ограничены. При 2 варианте устья теряют овальную форму, деформированы за счет давления извне. Дыхательная подвижность снижена. Устья расширены, шпоры заострены, имеют парусовидную форму.

6. Вид сосудистого рисунка: при 1 варианте не прослеживается, при 2 варианте - усилен за счет коротких варикозно расширенных сосудов. Видны отдельные фрагменты на скалах шпор в разных отделах бронхиального дерева.

7. Вид и характер складчатости слизистой оболочки бронхов: при 2 варианте отмечена продольная складчатость.

8. Дистония: в 28% случаев - умеренная, в 63,3% случаев - выраженная.

Учитывая вышеизложенные эндоскопические симптомы и признаки можно сделать вывод о том, что хронический пылевой бронхит, возникающий под действием кварцсодержащей пыли, в большинстве случаев сопровождается атрофическими и склерозирующими изменениями слизистой оболочки бронхов.

СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПИЛОВИЙ БРОНХІТ

А.Г.Гаращук., С.М.Куріло

**Інститут медицини праці АМН України, Дорожно-клінічна лікарня N 1
м. Київ**

Метою роботи було вивчення функціонального стану альвеолярних макрофагів (АМ) та гуморальних факторів місцевого імунітету, оцінка участі їх в патогенезі хронічного пилового бронхіту.

Проведено обстеження 76 хворих на ХБ, які працюють в умовах гранітного кар'єру з використанням клініко-лабораторних та інструментальних методів.

Комплексне бронхологічне дослідження, проведене всім хворим, передбачало:

1. Огляд бронхів великого калібру та вічків сегментарних і субсегментарних з метою визначення ендобронхіальної патології та показань до лаважу;
2. Проведення бронхоальвеолярного лаважу;
3. Виконання різного роду бронхологічних втручань за показанням (браш-біопсія, біопсія чи зішкрябок слизової бронхів, катетер-біопсія).

Як правило, бронхоальвеолярний лаваж виконували на рівні сегментарних та субсегментарних бронхів середньої долі і S₃ праворуч по загальноприйнятій методиці.

Функціональний стан АМ вивчався шляхом оцінки їх адгезивної, поглинальної здатності, стану кисневозалежного та кисневонезалежного метаболізму.

Кількість клітин в БАЗ, їх співвідношення та життєздатність були вивчені у 76 хворих на ХБ. В цілому у хворих по групі ХБ кількість та життєздатність клітин в БАЗ практично не відрізняються від групи здорових осіб, але суттєво змінювалось співвідношення клітин; зме-

ншувалась кількість АМ, підвищувався процент Нг та Лф у порівнянні з нормою. Характерною особливістю ендопульмональної цитограми при ХБ пилової етології є високий альвеолярний нейтрофіліоз.

Результати дослідження адгезивної та поглинальної здатності АМ свідчать про те, що у хворих на ХБ дані функції були різко знижені при порівнянні з нормою, що слід вважати одним з механізмів хронізації патологічного процесу.

Внутрішньоклітинний кисневозалежний метаболізм АМ характеризувався підвищеним числом формаган-позитивних клітин.

Слід вказати на різке зниження рівня кислої фосфатази (КФ) при порівнянні з нормою.

Також необхідно відмітити зниження рівня S IgA у хворих на ХБ при порівнянні з даним показником у здорових осіб.

ДІАГНОСТИКА ДОДАТКОВОЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В СТІНЦІ ШЛУНКУ МЕТОДОМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ СОНОГРАФІЇ

С.В.Герасимчук, Н.В.Коршак

**Кафедра діагностики і медичної інформатики факультету удосконалення лікарів
Тернопільської медичної академії ім.акад.І.Я.Горбачевського
на базі Рівненського обласного лікувально-діагностичного центру.**

Додаткова підшлункова залоза (ДПЗ) вважається рідкісною вадою розвитку. При ній окремі ділянки тканини залози розташовані ізольовано від основного органу. Гетеротопія підшлункової залози відбувається у ранньому ембріональному періоді через порушення диференціювання плідного яйця.

В літературі ДПЗ фігурує також під назвами: аберантна, дистопована, ектопована підшлункова залоза, аденоміома, хористома, прогнома.

Відомості про справжню частоту захворювання суперечні. По даних аутопсій, гетеротопія тканини підшлункової залози зустрічається в 0,3-13% випадків.

Локалізація ДПЗ може бути різноманітною. Найулюбленішими місцями її ектопій є шлунок і тонка кишка. Згідно даних Н.І.Лепорського, в стінці шлунку і дванадцятипалої кишки ДПЗ зустрічається в 63,3% спостережень, в порожній кишці - в 27,7%, в клубовій кишці - в 9,4%. Е повідомлення про локалізацію ДПЗ у дивертикулі Мекеля, брижі кишечника, вели-

кому дуоденальному сосочку, стінці жовчного міхура, печінці, малому сальнику, заочеревенному просторі, селезінці, середостінні, легенях.

Найбільший практичний інтерес представляють ті варіанти локалізації ДПЗ, які протікають під маскою захворювань травного тракту, можуть обумовлювати серйозні діагностичні труднощі і приводити до діагностичних помилок. Це відноситься до випадків ектопії тканини підшлункової залози в шлунок і дванадцятипалу кишку. ДПЗ може бути причиною шлунково-кишкових кровотеч, запалення і перфорації кишкової стінки, непрохідності кишечника, зрідка вона малігнізується. Число спостережень за хворими з даною локалізацією патологічного процесу мале. В літературі СРСР до початку 1991 р. описано трохи більше 170 спостережень за хворими з ДПЗ в стінці шлунку і дванадцятипалої кишки. Аналіз цих спостережень показує, що розташування ДПЗ в різних відділах шлунку нерівномірне: в 58,3% випадків її знаходять у пілоричному відділі, в 20,8% - на малій, в 12,5% - на великій кривині, в 8,5% - в області кардії. При цьому у 45% хворих вона лежить у підслизовому, у 25% у м'язевому шарі, у 15% - під серозним покривом, а у 15% захоплює усі три шари шлунку. В дванадцятипалій кишці ДПЗ частіше розташовується в області цибулини, рідше - у нисхідному відділі. Діаметр ДПЗ варіює від 5-7 мм до 4-6 см. Маса її сягає 4-16г.

Ендоскопічно при локалізації ДПЗ у підслизовому шарі вона має вигляд поліпа на широкій основі, що лежить дещо під кутом до стінки органу. іноді в центрі утвору визначається втиснення слизової оболонки (гирло вивідної протоки ДПЗ). В деяких хворих ДПЗ візуалізується як вогнищеве потовщення стінки шлунку або дванадцятипалої кишки (вивідна протока відсутня). іноді потовщення виявляють в області існуючої виразки. Відповідно з особливостями макроскопічної картини виділяють декілька форм ДПЗ: вузлувату, поліпозну, виразкову, кістозну, інфільтруючу, комбіновану.

Діагностика ДПЗ і ґрунтується головним чином на даних рентгено- і ендоскопічного дослідження. Однак, правильний діапазон, не зважаючи на широке застосування цих методів, виставляється рідко. Отримати гістологічне підтвердження після ендоскопічної щипцевої біопсії практично неможливо, оскільки тканини ДПЗ в переважній більшості випадків недоступна для біопсійних щипців, а петлева біопсія не завжди можлива. В переважній більшості описаних в літературі СРСР біля 170 спостережень правильний діагноз був встановлений при дослідженні післяопераційних або аутопсійних макропрепаратів.

Ми спостерігали десять випадків даної патології, в усіх випадках ДПЗ виглядали як поліповідні підслизові утвори на великій кривині антрального відділу шлунку розміром 1-1,5 см із втисненням на верхівці, куди досить глибоко заходили біопсійні щипці. Діагноз був

верифікований методом ендоскопічної сонографії. У доступній нам літературі ми не знайшли інформації про застосування даного методу для діагностики ДПЗ. Ендоскопічна сонографія поєднує ендоскопічне дослідження. Вона проводилась на ультразвуковому апараті SSD-2000 з кольоровим доплером фірми "Aloka". Спеціальний механічний датчик частотою 7,5 МГц вводився через інструментальний канал ендоскопа діаметром 2,8 мм. Висока частота ультразвукових променів дозволяє чітко диференціювати шари порожнистого органу і патологічні зміни в них та оточуючих органах. У 4-х випадках датчик просувався безпосередньо у заглиблення на верхівці поліпівідного утвору. В інших 6-ти дослідження проводилось через гумовий балон, надягнений на дистальний кінець ендоскопа. Балон наповнювався водою по мірі необхідності, після чого датчик притискався до об'єкта, що досліджувався. При другій методиці ультразвукове зображення було більш стабільним, але пошук об'єкта затруднювався, оскільки балон з водою сильно втискував його в стінки шлунку, це дещо дезорієнтувало ендоскопіста.

На сонограмах ДПЗ у чотирьох випадках мала кільцеподібну і в інших шести підковоподібну форму. В усіх випадках ДПЗ розташовувалися в підслизовому шарі, характеризувалися чіткими рівними контурами, розміри були 50-70 мм по довжині і 6-7 мм товщиною. Дрібнозерниста структура була аналогічною паренхімі підшлункової залози. В одному випадку в середній частині паренхіми ДПЗ візуалізувалася трубчата ехонегативна структура діаметром 1 мм (загальна протока).

З метою верифікації діагнозу була отримана гістограма підслизового утвору, підозрілого на ДПЗ з такими показниками:

- T - 195;
- L - 19;
- M - 35;
- MN - 21;
- SD - 3.3.

(T - загальна кількість ехосигналів в обраній ділянці; L - кількість ехосигналів, що найчастіше зустрічаються у цій ділянці; M - рівень інтенсивності ехосигналів, які найчастіше зустрічаються в обраній ділянці; MN - середній рівень інтенсивності ехосигналів; SD - стандартне відхилення рівня інтенсивності ехосигналів). При порівнянні їх з показниками, що характеризують паренхіму нормальної підшлункової залози, можна з достовірністю стверджувати, що усі десять підслизових утворів, виявлених при гастроскопії, є ДПЗ. З початку засто-

сування методики ендоскопічної сонографії нами досліджувалися 84 пацієнти з пухлиноподібними утворами в стінці шлунку, в 10-ти з них були виявлені ДПЗ, що складає 11,9%.

Висновки:

1. Метод ендоскопічної сонографії є високоінформативним неінвазивним методом діагностики ДПЗ. Особливу цінність будуть мати дослідження тих форм ДПЗ, які ендоскопічно мають вигляд вогнищевого потовщення слизової оболонки шлунку при відсутності вивідної протоки, оскільки інші методи діагностики при цьому практично неінформативні.

2. Отримані перші результати досліджень пухлиноподібних утвор. в з локалізацією в стінці шлунку свідчать, що ДПЗ складають серед них великий відсоток.

3. Вірогідно, ДПЗ є більш поширеною патологією, ніж вважається.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОЛИПОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

И.В.Гомоляко

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины.

Несмотря на достаточно большое число исследований не так уж много известно о гистогенезе полипов слизистой оболочки желудка.

В настоящей работе проанализировано 94 наблюдения полипов желудка, удаленных во время эндоскопических исследований.

В этой группе основную массу составили гиперпластические полипы 90,4%. Аденомы наблюдались в 3,2% наблюдений (3 сл.), воспалительные полипы в 5,3% (5 сл.), в одном наблюдении (1,1%) полипоподобное образование диаметром около 1,5 см имело гистологическое строение карциноида. Среди гиперпластических полипов 5 наблюдений (5,3%) имели структуру фундальных полипов, а 80 (85,1%) - были удалены из антрального и кардиального отделов.

Группа фундальных гиперпластических полипов гистологически была достаточно однородной. Фундальные полипы характеризовались микроскопически короткими ворсин-

ками, расширенными неглубокими фовеолями. Железы, расположенные более поверхностно были расширены, а расположенные в глубоких отделах полипа имели обычную структуру и клеточный состав - в них определялись слизистые, базофильные, главные и обкладочные клетки. Окраска альциановым синим + ПАС не выявила метапластических изменений.

Поверхностно располагался незначительный полиморфноклеточный воспалительный инфильтрат. Явления кишечной метаплазии не определялись

Группа гиперпластических полипов, выявленных в антральном и кардиальном отделах желудка, отличалась весьма значительным полиморфизмом. Среди них можно было выделить несколько очерченных гистологических групп. Первая - это ювенильные полипы с характерным строением. В полипозном образовании неправильной формы определялись многочисленные полиморфные достаточно неравномерно расположенные в массе ткани тубулярные структуры и кисты. Эти образования были выстланы хорошо дифференцированным высоким призматическим эпителием с включением местами довольно большого числа бокаловидных клеток. Накопление слизи и отсутствие оттока привело к образованию ретенционных кист. Строма ювенильных полипов как правило нежноволокнистая, отечная, миксоматозная с большим количеством тонкостенных сосудов вплоть до образования ангиоматоза.

Воспалительная инфильтрация незначительная, состав воспалительного инфильтрата полиморфный.

Вторая группа - это группа полипов, характеризовавшихся плотной консистенцией. Поверхность полипа покрыта несколько гипертрофированным призматическим эпителием. Ворсинки и ямки выражены слабо. Основная масса полипа была представлена тесно прилежащими друг к другу железами пилорического типа, причем в центральной части полипа располагаются более мелкие железистые образования, по периферии - более крупные. Размеры центральных и периферических железистых образований отличались в 3-4 раза. Гистологическую картину полипов такого рода дополняло наличие в центре довольно широкого ствола - продолжение основания полипа, в центре которого находилась рыхлая соединительная нежноволокнистая ткань с обилием сосудов разного диаметра, а по периферии мышечные пучки, некоторые в состоянии дистрофических изменений. Такая правильная организация полипозного образования и преобладание в его структуре железистых тубулярных образований позволяет рассматривать его как гиперпластический аденоматозный полип.

Третья группа полипов характеризовалась гиперплазией покровного и ямочного эпителия, фовеолярной гиперплазией с причудливым ветвлением и образованием тубулярных

структур сложной конфигурации Характерным для этих полипов было наличие участков резко выраженной гиперплазии призматического эпителия с формированием мелких сосочков на внутренней поверхности желез. Это создавало сходство с протоковыми цистаденомами. Описанная картина сочеталась с атрофией желез, расположенных в глубоких отделах полипа.

Четвертую, выделенную нами группу составили полипы, структура, которых мало отличалась от структуры слизистой, из которой они исходили и характеризовалась умеренной гиперплазией.

Пятую группу гиперпластических полипов составили полипы смешанного строения.

Такое деление может иметь значение при оценке перспектив их эндохирургического лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

**И.В.Гомоляко, А.Н.Бурый, Т.А.Башир-Заде, И.В.Григорова,
Т.А.Шуминская, В.И.Шматко, Л.М.Рыжий**

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г.Киев

Helicobacter pylori (HP) рассматривается как фактор риска развития не только эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, но также и эпителиальных и лимфоидных новообразований. В связи с этим вопросы диагностики хеликобактериоза приобретает важное значение.

Обследовано 37 пациентов в возрасте до 40 лет с клиникой обострения хронического гастрита. При эндоскопическом обследовании в антральном отделе желудка определялся отек слизистой оболочки с утолщением складок. На фоне диффузной гиперемии различной степени выраженности определялись более яркие очаги, что придавало макроскопической картине некоторую пестроту. Непостоянным, но тем не менее характерным эндоскопическим признаком для этой группы больных было наличие полосовидных зон гиперемии, направленных к кардиальному отделу желудка. Картину дополняли мелкие внутрислизистые кровоизлияния или “плоские” эрозии. Длительно текущие явления хеликобактериоза, на наш взгляд, могут вызывать выраженные гиперпластические изменения, которые проявлялись

полиповидными утолщениями слизистой антрального отдела желудка, гиперемией этих участков, “приподнятыми” эрозиями.

Всем больным проводилось комбинированное цитологическое и гистологическое исследование, которое является “золотым стандартом” при выявлении этой патологии, проведена сравнительная оценка Де-Нол-теста.

В цитологических препаратах 36 пациентов были выявлены вибриноподобные изогнутые бактерии, располагавшиеся между клетками покровного и ямочного эпителия слизистой оболочки желудка. В преобладающем большинстве наблюдений (29) степень обсеменности слизистой была оценена как умеренная, в 5 - высокая, в 2 - слабая. В гистологических препаратах при использовании азуровых красителей НР был выявлен в 31 наблюдении на фоне воспалительных изменений. Положительный Де-Нол-тест в этой группе больных был зарегистрирован в 24 наблюдениях, что свидетельствует о его более низкой чувствительности по сравнению с “золотым стандартом”.

Таким образом, характерная эндоскопическая картина , взятие биопсии с типичных участков слизистой оболочки антрального отдела желудка с последующим гистологическим и цитологическим исследованием, на наш взгляд, является наиболее достоверным методом диагностики хеликобактериоза.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВАГОТОМИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.В. Грубник, С.Г. Четвериков, Ю.В. Грубник.

Одесский государственный медицинский университет

С 1993 года нами производится лапароскопическая ваготомия (ЛВ), которая выполнена у 164 больных. Из них мужчин было 131, женщин - 33. Возраст больных варьировал от 21 до 64 лет. Длительность язвенного анамнеза составляла от 1 до 15 лет. У 97 больных наблюдалось кровотечение из язвы, им был произведен эндоскопический локальный гемостаз. 55 больных оперированы по поводу часто рецидивирующей язвенной болезни при неэффективности медикаментозного лечения. В 8 случаях ЛВ произведена при прободной язве двенадцатиперстной кишки, в 4- при субкомпенсированном стенозе привратника.

Выполняли различные варианты ЛВ: у 108 больных выполнили ЛВ по Taylor (задняя стволовая ваготомия, передняя серомиотомия,), у 38 - по Hill-Barcker (задняя стволовая, передняя селективная проксимальная ваготомия) у 8 больных выполнены операции по Bailey-Zucker (селективная проксимальная ваготомия), у 10 больных произведена ваготомия по Gomer-Fetter (задняя стволовая ваготомия с иссечением малой кривизны с помощью stapлеров). В 8 случаях ЛВ по Taylor сочеталась с ушиванием перфоративной язвы с подведением сальника. У 4 больных после выполнения ЛВ производилась эндоскопическая дилатация привратника с помощью специального зонда с баллоном.

Все больные достаточно легко переносили лапароскопическую операцию, выписывались из стационара на 3-5 сутки с рекомендациями принимать медикаментозную терапию, направленную на эрадикацию хеликобактерий. Ранние отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 до 42 месяцев у 116 больных. По субъективным критериям отличные и хорошие результаты по шкале Visick наблюдались у 98 (84,5%) больных. 108 больных обследованы в стационаре. Рецидивные язвы выявлены у 16 (14,8%0 больных. У 14 из 16 больных с рецидивными язвами выявлены хеликобактерии в биоптатах слизистой антрального отдела желудка. Проведенный курс медикаментозной терапии позволил добиться полного рубцевания язвенного дефекта у 12 больных в течение 2-3 недель. У 4 больных не удалось добиться полного заживления язв, хотя состояние их было удовлетворительным. Повторная операция выполнена у одного больного в связи с повторным кровотечением из рецидивной язвы. Этому больному произведена антрумэктомия с хорошим ближайшим результатом.

Таким образом, можно сделать вывод о достаточной эффективности ЛВ при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Частота рецидивов язв после ЛВ несколько выше, нежели после лапаротомных операций, однако даже при рецидиве заболевания у большинства больных отмечается удовлетворительное состояние и язвы достаточно легко поддаются медикаментозному лечению. Определенную роль в рецидиве язвенной болезни играет обсемененность слизистой желудка хеликобактериями.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ЧРЕЗКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

В.В. Грубник, Д.В. Герасимов, А.В. Бойко, А.И. Ткаченко.

Одесский государственный медицинский университет

Областная клиническая больница

В клинике накоплен опыт эндоскопического лечения 1200 пациентов с холедохоли-тиазом, что создало основу для освоения более сложных и многоступенчатых технологий, каковыми являются эндоскопические вмешательства при доброкачественной и опухолевой обструкции желчных путей. Эндоскопические вмешательства при вышеуказанной патологии выполнены у 126 пациентов. Чаще всего (в 75 случаях) имело место опухолевое поражение большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы. Первым этапом в эндоскопическом лечении является проведение эндоскопической папиллотомии в небольшом объеме, что позволяло свободно проводить в холедох эндоскопические инструменты. Следующий этап-проведение проводника через место сужения. При удачном проведении проводника, возможно проведение по нему катетера выше сужения, а затем последовательно провести инструменты для выполнения следующих этапов вмешательства, баллон-дилататора и эндопротезов.

Билиарное эндопротезирование проводили по двум методикам. Одна заключается в параллельной установке через инструментальный канал эндоскопа 2-3 эндопротезов 9F, что по нашему мнению эквивалентно установке одного эндопротеза 12F. Разработанная нами оригинальная методика позволяет устанавливать эндопротезы большого диаметра (до 17F) вне инструментального канала.

Адекватное дренирование желчных протоков удалось провести у 68 из 75 больных. 32 больных с установленными стентами оперированы после ликвидации желтухи, нормализации основных жизненных функций. У остальных пациентов эндоскопическая установка стентов явилась окончательным хирургическим пособием. У 8 пациентов отмечено кровотечение из рассеченного фатерова соска, во всех случаях остановлено консервативными мероприятиями. У 4 не удалось пройти через зону сужения, у 3 больных несмотря на промывание холедоха через назобилиарный дренаж не удалось купировать проявления холангита, что привело к печеночной недостаточности, гибели больных. Таким образом, желаемого результата не удалось достичь в 9% случаев.

У 43 пациентов, в основном при высоком уровне обструкции и сложностях связанных с эндоскопическим доступом- билиарное эндопротезирование проводили после чрезкожного дренирования печеночных протоков под рентген-контролем или под контролем ультразвукового сканера. По проводку по методике Сельдингера последовательно вводили расширитель, затем баллон- дилататор. С помощью баллона под рентген-контролем проводилась дилатация сужения с последующей установкой билиарного стента. Из 43 больных, подвергшихся чрезкожным вмешательствам, у 37 удалось установить наружный дренаж. Из них, у 31 удалось произвести реканализацию опухолевого стеноза. У 10 пациентов установили каркасный расширяемый стент, у 20 больных установлены полихлорвиниловые стенты различной модификации.

Осложнения наблюдались у 9 больных. 5 больных после чрезкожного дренирования желчных протоков и установки стентов умерли.

Установка стентов при доброкачественных сдавлениях холедоха и желчных протоков произведена у 46 больных. У 5 больных произведены эндоскопические вмешательства с послеоперационными стриктурами гепатикохоледоха.

Таким образом, эндоскопические вмешательства расширяют возможности гепатобилиарной хирургии.

**ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО
ГЕМОСТАЗА В ТЕРАПИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНЕГО
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

**В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, Ю.А. Мельниченко, С.Г. Четвериков
Одесский региональный центр эндоскопической и лазерной хирургии.
Одесский государственный медицинский университет.**

За последние 10 лет в специализированном городском и областном центрах лечилось более 7000 больных с желудочно-кишечными кровотечениями, из них язвенные кровотечения составили 3875 больных. По данным ургентной фиброгастродуоденоскопии активное кровотечение по классификации Forrest Ia и Ib наблюдалось у 935 (24,1%) больных. Остановившееся кровотечение с угрозой его возобновления (группы IIa и IIb) было у 1679 (44,3%) больных. Эндоскопический гемостаз (ЭГ) выполнен у 1489 (38,4%) больных, из них - у 346 (8,9%) группы Ia, у 452 (11,7%) - группы Ib, у 328 (8,4%) - группы IIa, у 363 (9,4%) - группы IIb. Классификация Forrest по нашим наблюдениям является очень важной для оценки источника кровотечения, определения возможности его рецидива и оценки эффективности ЭГ.

Нами использовались различные методы ЭГ: диатермокоагуляция кровоточащих сосудов, лазерная фотокоагуляция, инъекции склерозирующих препаратов и этанола, а также комбинированные методы ЭГ. Диатермокоагуляция выполнялась у большинства больных с использованием гидроэлектрокоагуляции (у 589 больных), т.е. во время включения электрического тока по зонду подавалась струя воды таким образом, что электрический ток в ткани распространялся через тонкий слой жидкости, что препятствовало привариванию электрода к тканям. Для фотокоагуляции мы использовали неодимовый АИГ -лазер при параметрах излучения на выходе из торца световода 50-601 Вт, при длительности импульса 0,5с, диаметре светового пятна 0,2-0,4 см. Лазерная фотокоагуляция произведена у 496 больных. Сравнительная оценка этих двух методов ЭГ показало. Что у больных IIa и IIb групп их эффективность одинакова. При продолжающемся кровотечении, особенно у больных Ia группы эффективность лазерной фотокоагуляции была несколько выше и достигала 79%. Несмотря на достаточную эффективность ЭГ при использовании термических методов воздействия, рецидив кровотечения наблюдался у достаточно большого числа больных: у 19% больных после

гидродиатермокоагуляции и у 15% больных после лазерной фотокоагуляции, что заставляло большинство больных оперировать в ближайшие 2-3 суток после проведения ЭГ.

Использование инъекционных методов ЭГ подкупает своей простотой и относительной дешевизной. Эти методы использованы нами у 178 больных. В качестве склерозантов мы использовали этоксисклерол, 70% и 96% этанол. Остановить кровотечение с помощью этих методов удалось у 73% больных, рецидив кровотечения наблюдался у 18% больных. В то же время при использовании этих методов ЭГ мы наблюдали такое осложнение, как перфорация стенки двенадцатиперстной кишки у 5 больных.

У 226 больных, из которых 174 было I группы и только 52 - II группы по классификации Forrest, мы использовали комбинированный способ ЭГ. Суть метода заключалась в следующем: при обнаружении кровоточащей язвы в подслизистый слой вокруг язвы вводился раствор адреналина. Через несколько минут интенсивность кровотечения значительно уменьшалась, после чего прицельно вокруг кровоточащих сосудов через эндоскопическую иглу вводили фибриновый клей (использовали препарат «Тиссукол» либо фибриновый клей отечественного производства). Обычно вводили 2-4 мл препарата. После этого эндоскопическую иглу извлекали и через биопсийный канал эндоскопа вводили световод. Облучали дно кровоточащей язвы лазерным излучением неодимового АИГ-лазера при мощности 15-20 Вт. При этом наблюдалась быстрая остановка кровотечения за счет иницированного тромбообразования в аррозированных сосудах. Эффективность данного метода составила 95 %, частота рецидивов была значительно меньше, чем при других методах ЭГ, и составила всего 4,2 %.

Таким образом, эффективный ЭГ на фоне современной противоязвенной терапии позволяет добиться хороших результатов у значительного числа больных.

РАЗРАБОТКА НОВЫХ МЕТОДОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕЛЕЗЕНКЕ, ТОЛСТОЙ КИШКЕ И ЖЕЛУДКЕ

В.В Грубник, В.В. Бойко, С.Г. Четвериков.

Одесский государственный медицинский университет

Эндохирургические операции получили бурное развитие во всем мире с начала 90-х гг. нашего столетия. На сегодняшний день в крупных лечебных учреждениях, где имеются необходимая лапароскопическая аппаратура, выполняется до 90% операций при желчнокаменной болезни и в гинекологии. Преимущества эндохирургии по сравнению с традицион-

ными методами очевидны, это-малая травматичность, короткий госпитальный период, снижение срока утраты трудоспособности, косметический эффект, снижения частоты и тяжести осложнений. А также экономическая эффективность, несмотря на относительно высокую стоимость эндохирургической операции, за счет экономии медикаментов, уменьшения длительности госпитального периода и сроков реабилитации пациентов. В последнее время во всем мире отмечается рост лапароскопических операций на селезенке, толстой кишке и желудке.

В нашей клинике разработана оригинальная методика выполнения лапароскопических операций на селезенке. Суть предложенного метода заключается в том, что во время выполнения манипуляций лапароскопическими инструментами, в брюшную полость через небольшой дополнительный разрез брюшной стенки, вводится рука ассистента, с помощью которой под контролем лапароскопа выполняются различные манипуляции, в частности, удерживание органа, его повороты, дробление с погружением в специально созданный контейнер, и извлечение из брюшной полости. Для предупреждения утечки нагнетаемого воздуха из брюшной полости, сконструирована перчатка с двумя раздуваемыми манжетками. Мы назвали данную методику «рукой помощи» при лапароскопических операциях.

По нашим наблюдениям данный метод можно применять при различных лапароскопических операциях на органах брюшной полости, когда при использовании стандартных методик возникают большие технические трудности. Таким образом, использование предложенного нами метода позволит избежать в значительном числе случаев перехода от лапароскопической операции к открытой лапаротомии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

В.В. Грубник, Д.В. Герасимов.

Одесский государственный медицинский университет.

Областная клиническая больница.

Варикозное расширение вен пищевода является одним из серьезных и опасных проявлений портальной гипертензии. Нами проведен сравнительный анализ лечения 152 больных с портальной гипертензией, из них 110 поступили с клиникой активного кровотечения из

варикозно расширенных вен пищевода, у 42 проведена эндоскопическая облитерация с профилактической целью после остановки кровотечения.

Предварительная баллонная тампонада выполнена всего у 45 больных. Это позволило уменьшить либо приостановить кровотечение, что облегчило последующие эндоскопические манипуляции, позволило произвести определенные консервативные мероприятия, в результате которых состояние больных несколько стабилизировалось, позволяло перенести эндоскопическую склеротерапию.

Эндоскопическое склерозирование проводили по общепринятой методике путем множественных пункций наиболее расширенных варикозных стволов начиная от кардиального жома и введения по 1-2 мл склерозанта (15-20 мл суммарно за сеанс). При выявлении во время эндоскопии кровоточащего варикозного узла, производили обкалывание его выше и ниже по венозному стволу. Предпочтение отдавали интравазальному введению склерозанта, так как при этом цель достигалась при минимальном расходе препарата, уменьшалась интенсивность эрозивных изменений на слизистой пищевода. По завершении склерозирования проводили тампонаду расширенных вен тубусом эндоскопа в течение 2-3 мин., что способствует тромбированию сосудов за счет их сдавления, уменьшения объемного кровотока по ним.

Интервал между склерозирования в период начальной облитерации составлял 1-3 дня (первые 2-3 сеанса), в последующем - 1 неделя, после чего делали перерыв 1 месяц. При выполнении повторных сеансов склерозирования с небольшим интервалом возникали трудности в определении полноты тромбирования варикозных стволов, поскольку диаметр их не менялся а лишь отмечалось уменьшение податливости их стенки и прекращение поступления крови в катетер при интравазальном положении иглы. Всего для достижения полной облитерации потребовалось 4-7 сеансов (в среднем 5,5). Срок достижения полной облитерации вен-1-3 мес. Тяжелых осложнений в виде перфорации стенки, сужения просвета пищевода после склеротерапии не наблюдалось.

Эндоскопическая облитерация расширенных вен пищевода позволила добиться остановки кровотечения у 97 из 110 (88%), тем не менее 21 (22%) из них умер в связи с печеночно-почечной и сердечно-сосудистой недостаточностью. Умерло от продолжающегося кровотечения 13 человек.

У 21 пациента имел место рецидив кровотечения в пределах двух недель после первичного склерозирования. При этом эндоскопически остановить кровотечение удалось у 19

пациентов (90%), но от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности умерло 7 человек (37%).

При наблюдении в сроки от 1 до 24 мес. рецидивы кровотечения отмечены у 9 человек (из них у 7 имели место рецидивы кровотечения в течение первых двух недель), но интенсивность их была меньше, во всех случаях удалось остановить кровотечение. От печеночно-почечной недостаточности умерло 3 человека.

Методика склерозирования варикозных вен пищевода с профилактической целью отличается лишь увеличением промежутка между сеансами склерозирования (первые 3 сеанса с интервалом неделю, последующие - месяц), что позволяет легче определять полноту тромбирования варикозных вен, снижает возможность возникновения осложнений. При выполнении склерозирования вен пищевода как профилактического мероприятия, во всех случаях удалось достигнуть полной облитерации варикозных вен, летальность составила 2% в связи с прогрессированием печеночной недостаточности.

Проведенные исследования показали, что склеротерапия является эффективным методом как остановки, так и профилактики кровотечений из расширенных вен пищевода. Систематический эндоскопический контроль и повторное склерозирование расширенных вен снижает частоту и интенсивность рецидивов кровотечений.

ЛАЗЕРНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТРАХЕИ И БРОНХОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ

**Д.С. Губанов, В.Т. Михно, Ю.И. Кубикова, Н.А. Синепупова.
Донецкий областной диагностический центр.**

Новые медицинские технологии открывают новые возможности в лечении злокачественных и доброкачественных опухолей. Появление хирургических лазеров открыло перспективные подходы в лечении опухолей трахеи и бронхов. По статистическим данным только 10-15% больных со злокачественными образованиями органов дыхания оперируются. Это обусловлено большим количеством противопоказаний: тяжелым общим состоянием, выраженной сопутствующей патологией, страхом и “осведомленностью” больного в исходах опе-

ративных вмешательств, причинами социального характера. Лазерные эндоскопические операции показаны при доброкачественных опухолях, при посттравматических и вызванных инородными телами грануляциях трахеи и бронхов. При злокачественных опухолях трахеи и бронхов лазерные эндоскопические операции могут быть выполнены с целью реканализации с паллиативной целью в неоперабельных случаях, или как подготовительный этап перед радикальной операцией. Нами выполнено 23 лазерных эндоскопических операции в отделе эндоскопии ДДЦ при новообразованиях органов дыхания: 4 случая - реканализация долевых и сегментарных бронхов при злокачественных новообразованиях как предшествующий этап перед радикальными операциями, 9 случаев - по поводу доброкачественных новообразований трахеи и бронхов, 6 - по поводу обтурации грануляционной тканью вследствие наличия инородных тел, 4 - по поводу грануляций посттравматического генеза. Из-за невозможности в случае необходимости перейти на расширенную операцию большое внимание уделялось прогнозированию возможных осложнений в каждом конкретном случае и в связи с этим тщательному отбору пациентов. Операции выполнялись бронхоскопом фирмы "Olympus" BF type 1T20 с использованием высокоэнергетической лазерной установки "MEDILAS 4100" NdYAG-lazer 100. Лазерные эндоскопические операции выполнялись под местной анестезией с использованием до 5 мл 1% р. дикаина до 5 мл плюс до 20 мл 2% р. лидокаина гидрохлорида или 2% новокаина с внутримышечной премедикацией 0,1% р. атропина сульфата или метацина за 30-60 минут до операции в режиме FIBERTOM 2 (длина волны 1,064 нм, мощность 30-60 Вт) как контактно так и с расстояния 5-10 мм. Каждому пациенту выполнялось от 1 до 4 (через 1-2 дня) вмешательств. Осложнений во время и после операций не отмечалось. Лицам, которым проводилось оперативное вмешательство по поводу доброкачественных новообразований проводились контрольные ФБС через 3 дня, 1 мес и 1 год после операции.

Таким образом применение хирургических лазеров является перспективным направлением и в дальнейшем будет шире применяться в качестве радикальных и паллиативных методов лечения опухолей трахеи и бронхов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ЛИТОТРИПСИИ ПО ПОВОДУ ХОЛЕЛИТИАЗА

Д.С. Губанов, В.Т. Михно.

Донецкий областной диагностический центр

С развитием литотрипсии при желчнокаменной болезни (ЖКБ) возросла актуальность проблемы острого панкреатита. Современная эндоскопия позволяет снизить риск возникновения острого панкреатита у пациентов с отягощенным анамнезом. Дуктулярное начало панкреатических осложнений при литотрипсии дает возможным эндоскопическими пособиями избежать или снизить риск возникновения острого панкреатита. Проведение предварительной дуоденоскопии всем больным перед литотрипсией может выявить анатомические особенности или патологические изменения в области большого дуоденального сосочка (БДС). Имея возможность проведения манометрии сфинктера Одди дает дополнительные данные о состоянии поджелудочной железы (ПЖ) и определит дальнейшую тактику ведения больного. Ретроградная холецистопанкреатография (РХПГ) дает подробную информацию о строении протоков ПЖ и желчевыводящих путей (ЖП). Проведение активной аспирации панкреатического сока из просвета снизит давление в протоковой системе, уменьшит риск инфицирования желчью. В целесообразности папилосфинктеротомии перед литотрипсией, равно как и перед лапараскопической холецистэктомией, на сегодняшний день нет единого мнения. Процент послеоперационных осложнений после папилосфинктеротомии преобладает над необходимостью его применения в данных случаях. Однако считаем, что в ряде случаев не следует отказываться от папилосфинктеротомии с целью разрешения свободного пассажа микролитов по (ЖП), с одновременной профилактикой рефлюкса инфицированного содержимого (ЖП) в дуктулярную систему (ПЖ). Большой интерес представляет собой действие гелий-неонового лазера на протоковую систему (ПЖ), однако требует дальнейшего изучения. Проведение перечисленных эндоскопических пособий перед литотрипсией, на наш взгляд, значительно уменьшит риск возникновения острого или обострения хронического панкреатита.

РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ РЕКТОСИГМОВИДНОГО ПЕРЕХОДА С ПОЛИРЕЖИМНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ.

Д.С Губанов, И.М. Берко.

Донецкий областной диагностический центр.

Особенностью использования высокоэнергетического лазера в колопроктологии является полирежимность работы при обработке и иссечении опухолей. Хорошо развитая сосудистая сеть опухолей ректосигмовидного перехода не позволяет использовать высокоэнергетический лазер в постоянном режиме мощности и времени экспозиции. Возможны геморрагические осложнения как в момент операции, так и ранние отдаленные. Больной С.73 лет. Дз: Опухоль ректосигмоидного перехода, цитоморфологически подтвержденная аденокарцинома. Общее состояние больного и наличие метастатического поражения многих органов исключили возможность проведения радикальной операции. Просвет ректосигмоидного перехода сужен за счет “+” ткани до 1,0 см. В пульсовом режиме фотокоагуляции расфокусированным лучом, с расстояния от 1,0 до 2,0 см, в режиме 20 Вт и экспозиции от 3 до 5 мин. произведена обработка опухоли в месте предполагаемой реканализации. При этом достигается стойкое нарушение кровоснабжения обработанных участков опухоли. После этого приступаем ко второму этапу операции.

В пульсовом режиме сфокусированным лучом при мощности 40 Вт проводилась лазерная вапоризация опухолей ткани. Время экспозиции от 5 до 10 минут. На 3 сутки проведен повторный сеанс лазерной реканализации с фотокоагуляцией расфокусированным лучом в конце операции всей опухолевой ткани в пределах видимости колоноскопа. Проходимость восстановлена, удалены участки опухоли дистальных отделов, суживающие просвет прямой кишки.

Реканализация объемных образований и использованием высокоэнергетического лазера является минимально травматичным методом. Риск геморрагических осложнений, при полирежимном использовании высокоэнергетического лазера, сводится к минимуму. Метод может найти широкое применение в поликлинических условиях.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОСАРКОМЫ ЖЕЛУДКА И 12-ТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

А.Н. Губин, А.М. Нечипай.

НИИ КО ОНЦ РАМН, Москва, Россия

Нами изучены возможности эндоскопической диагностики лимфосаркомы верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей. Анализ результатов эндоскопической диагностики позволил выделить эндоскопические признаки, обнаружение которых позволяет врачу-эндоскописту предположить наличие лимфосаркомы: - сохраненная эластичность опухоли при местно-распространенном поражении желудка; - четкая отграниченность опухоли; - сохраненный блеск поверхности опухоли; - множественные, поверхностные и глубокие, четко ограниченные, разнообразной формы изъязвления опухолевого инфильтрата; - сохраненная, в различной степени выраженная моторика стенки желудка в зоне опухолевого поражения. Сочетание нескольких из этих признаков усиливает подозрение врача-эндоскописта в соответствии обнаруженных изменений лимфосаркоме. Окончательная оценка характера поражения, расцененного по результатам визуальной эндоскопической диагностики как лимфосаркома, должна основываться на данных морфологического исследования биопсийного материала.

ВТОРИЧНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ, ВЫЗВАННЫЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СПИРАЛЬЮ (СЛОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ)

В.З.Губская УНИИОИР

За последние 3 года в консультативной поликлинике Украинского научно-исследовательского института онкологии и радиологии находились на обследовании более 60-ти больных, направленных на консультацию с диагнозом “Рак прямой кишки” или “Рак матки”. Больные были обследованы в районных больницах и онкодиспансерах по месту жительства. 4 -м из них была наложена сигмостома. Возраст больных от 21 до 49 лет. Внутриматочные спирали (ВМС) стояли на протяжении 2-5-6-7-11 лет. У 15 женщин ВМС были извлечены за 1-2 недели до осмотра.

Пациентки не предъявляли специфических жалоб со стороны кишечника и прямой кишки (не было слизи, крови в кале, тенезмов, изредка были запоры, плохо отходили газы).

При гинекологическом осмотре определялись массивные инфильтраты в полости малого таза с вовлечением матки и придатков.

При ректальном исследовании прямая кишка была сдавлена инфильтратом, расположенном в полости малого таза; больше по передней стенке кишки.

У всех направленных женщин, обследованных по месту жительства, при РР отмечалось сужение прямой кишки, выше которого аппарат не был проведен.

Описанные выше обследования, доставленные пациентками, не соответствовали клинике, данным осмотра и анамнеза, в связи с чем в консультативной поликлинике института нами проведены повторные обследования.

При RRS и фиброколоноскопии просвет кишки сужен и деформирован за счет сдавления извне, слизистая кишки на осмотренном участке резко гиперемирована, отечная, выраженный сосудистый рисунок, видны значительные скопления слизи, в небольших более светлых участках слизистой оболочки сосудистый рисунок стерт, выраженная складчатость, контактно местами слизистая кровоточит, при щипцовой пальпации и взятии биопсии последняя эластичная, вращая в кишку выявлено не было

В отличие от обследования по месту жительства больных нам удавалось аппаратом пройти выше места сужения и деформации. Выше на осмотренных участках патологии не было выявлено.

Проводилось патогистологическое исследование биопсийного материала, при котором во всех случаях была обнаружена слизистая оболочка кишки, элементы воспаления, участки некроза без признаков опухолевого роста.

5 больных прооперированы в отделении онкогинекологии института. Им проведена экстирпация матки с придатками. ПГ заключение операционного материала - гнойные воспалительные опухоли придатков.

Остальным больным назначалась противовоспалительная терапия (антибиотики, метрогил, переливания растворов глюкозы, белковых заменителей, крови, общеукрепляющее лечение) с последующим динамическим наблюдением в нашей поликлинике.

4-м больным, которым по месту жительства была ранее наложена сигмостома в связи с развившейся острой кишечной непроходимостью, были выполнены восстановительные операции (восстановление непрерывности кишечника) в отделении абдоминальной онкологии института.

Описанные наблюдения эндоскопической картины (RRS, фиброколоноскопии) важны в дифференциальной диагностике инфильтративной формы рака прямой кишки и вторичных

ее поражениях при опухолях малого таза и женской половой сферы, в том числе воспалительных опухолях малого таза, вызванных ВМС.

При своевременном и правильном обследовании больных можно предотвратить проведение больших калечащих операций у женщин детородного возраста.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ПРИ ОЖОГАХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ШАХТЕРОВ ДОБАССА, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ВЗРЫВАХ ГАЗА МЕТАНА

В.К. Гусак, Л.П. Артеменко, В.Т. Михно, Д.С. Губанов, Э.Я. Фесталь, Е.Г. Приходько
Донецкое областное лечбно-клиническое объединение
Донецкий областной диагностический центр

В ожоговом центре и в отделении реанимации ДОЛКО нами выполнено 27 бронхоскопий шахтерам Донбасса, получившим ожоги 2-4 степени при взрывах газа метана в шахтах Донбасса за период с 1993 по 1997 гг. Показаниями к бронхоскопии являлись дыхательная недостаточность, обусловленная обтурацией дыхательных путей бронхиальным секретом вследствие нарушения механизмов эвакуации. Целью бронхоскопии в первую очередь являлись санационные мероприятия, параллельно оценивались степень ожога верхних и нижних дыхательных путей. Выполняя бронхоскопии мы сталкивались с рядом трудностей, обусловленных: - тяжелым или крайне тяжелым общим состоянием пострадавших, - нарушением сознания, - нарушением компенсаторно-регуляторных механизмов обожженного организма, - трудно прогнозируемой реакцией обожженного организма на эндоскопические вмешательства, - интенсивным, непрерывным медикаментозным лечением, - применением наркотических средств, способных угнетать дыхание, - стенозом носовых ходов вследствие ожога, - выраженным ожогом губ, полостей рта и глотки значительно затрудняющих введение бронхоскопа, - выраженной сопутствующей патологией других органов и систем и др. Все бронхоскопии выполнялись нами бронхоскопом фирмы «OLYMPUS» BF 1T20 под местной анестезией с использованием до 5 мл 1% р-ра дикаина плюс до 20 мл 2% р-ра лидокаина гидрохлорида или новокаина. Вопрос о проведении премедикации перед бронхоскопией 0,1%р. Атропина сульфата или метацином решался индивидуально. Если обожженные получали наркотические анальгетики, способные угнетать дыхательный центр - ФБС проводились не ранее чем через день после их замены.

Бронхоальвеолярный лаваж проводился подогретым до 38-39 гр. р-ра фурациллина 1:5000 в количестве до 500 мл. В каждом конкретном случае учитывалась эндоскопическая картина, степень ожога и возникшие вследствие этого осложнения (пневмонии, ожоговые стенозы, нарушения эвакуации бронхиального содержимого и др.) Эндобронхиально вводились 2,5% р-р гидрокортизона, витамины, антибиотики, ферментные и противовоспалительные препараты.

Во всех случаях после проведения лечебных ФБС отмечалось улучшение общего состояния обожженных, снижение дыхательной недостаточности, что находило свое отражение на мониторах (насыщение крови кислородом, улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы).

Таким образом наш опыт свидетельствует о целесообразности проведения фибробронхоскопий в лечении тяжелых степеней ожогов у шахтеров пострадавших при взрывах газа метана.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

А.Г.Данчин

**Клиника нейрохирургии и невропатологии Главного военного клинического госпиталя
Министерства Обороны Украины.**

Нами проведен анализ результатов диагностических методов исследования и исходов хирургических вмешательств у 314 пациентов с массивными внутримозговыми кровоизлияниями, оперированных различными методами. Из них 218 (69,4%) - мужчины и 96 (69,4%) женщины. Причиной кровоизлияний во всех наблюдениях была гипертоническая болезнь. Возраст больных колебался от 26 до 82 лет, средний возраст - $53,2 \pm 8,4$ года. Особенностью наших исследований являлось то, что объем внутримозговых кровоизлияний составлял более 40 мл (минимальный объем - 43 мл, максимальный - 125 мл). До операции по данным компьютерной томографии объем гематом рассчитывался по методу, предложенному L.D. Lunsford в 1985г. Наиболее информативными методиками диагностики являются магниторезонансная томография, а также компьютерная томография. Выполняя КТ- исследование

больным мы с точностью до 1 мм рассчитывали и проецировали (маркировали) границы гематомы на кожные покровы черепа.

Все больные по методу хирургического вмешательства разделены на 2 группы. Первую группу больных составили те пациенты, которые были оперированы обычным классическим методом (традиционным краниотомическим доступом и ограниченным краниотомическим доступом). Во второй группе - больным выполняли следующие оперативные вмешательства: традиционную краниотомию с эндоскопической ассистирующей микрохирургией, ограниченную краниотомию с эндоскопической ассистирующей микрохирургией, минимальную краниотомию с эндоскопической ассистирующей микрохирургией и бипортальный микрохирургический метод.

Нами использовались жесткие эндоскопы фирм "Linvatec" и "Karl Storz" длиной 10 и 18 см, диаметром 2,8 мм, с углом обзора операционного поля 0, 30, 70 и 120 градусов, позволяющие получить изображение с увеличением операционного поля до 10-15 раз. Одночиповая цифровая видеокамера и осветитель фирмы "Zimmer". Изображение, полученное с помощью эндоскопа, проецировалось на видеомониторах "Sony". Применялся набор микрохирургических инструментов "Aesculap" и "Codman", вакуумный аспиратор. установка для моно-и биполярный диатермокоагуляции. Стереотаксические расчеты производились на основе данных компьютерной томографии, полученных на томографе "Simens ART".

Оперативные вмешательства по обычной методике выполнены 153 больным, с использованием эндоскопической ассистирующей микрохирургии - 161 пациенту. Анализ ближайших результатов хирургического лечения показал, что послеоперационный период длительностью в 1 месяц пережили 136 (43,3%) больных, у 187 (56,7%) больных наступил летальный исход. Число умерших, оперированных по общепринятым методикам составило 67,3%, а с эндоскопической ассистирующей микрохирургии 46,6% ($P < 0,05$).

Предлагаемые нами методы удаления массивных супратенториальных внутримозговых гематом с применением эндоскопической ассистирующей микрохирургической техники позволяют улучшить ранние результаты хирургического лечения по сравнению с общепринятыми стандартными методиками. Это достигается за счет уменьшения травматичности оперативного вмешательства, осуществления визуального контроля всех этапов операции, тщательности гемостаза и радикальности удаления внутримозговых гематом. Используя эндоскопическую технику, появляется возможность работать на глубоко расположенных структурах головного мозга через небольшое трепанационное отверстие и минимальную

энцефалотомию, что значительно расширяет возможности открытого метода нейрохирургических операций по поводу внутримозговых гематом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТКИХ ЭНДОСКОПОВ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

А.Г.Данчин

**Клиника нейрохирургии и невропатологии Главного военного клинического госпиталя
Министерства обороны Украины.**

Применение жестких эндоскопов в нейрохирургии исчисляется ни одним десятилетием. Создан специальный нейрохирургический жесткий эндоскоп для удаления внутримозговых гематом. Однако, количество выполненных хирургических манипуляций с помощью жестких эндоскопов через одно трепанационное отверстие ограничено. Нами предложены новые методики оперативных эндомикрохирургических вмешательств с использованием жестких эндоскопов, в том числе через два и несколько портов.

Под нашим наблюдением находилось 243 больных. Из них у 82 пациентов диагностированы травматические повреждения черепа и головного мозга (из них подострые субдуральные гематомы диагностированы у 21 пострадавшего, хронические - у 28, эпидуральные - у 7, внутримозговые - у 23 и 3 пострадавших имели компрессию головного мозга, вызванную напряженной пневмоцефалией), а у 161 больного - внутримозговые гематомы, обусловленные артериальной гипертензией.

Эпидуральные и субдуральные гематомы удаляли с помощью би- и мультипортальной эндомикрохирургической техникой. Удаление травматических латеральных внутримозговых гематом выполнялось малоинвазивным доступом с эндоскопической ассистенцией. Фронтобазальная пластика при повреждении передней черепной ямки проводилась с помощью эндоскопической ассистирующей микрохирургии.

Больным с внутримозговыми гематомами выполняли традиционную краниотомию с эндоскопической ассистирующей микрохирургией, ограниченную краниотомию с эндоскопической ассистирующей микрохирургией, минимальную краниотомию с эндоскопической ассистирующей микрохирургией и бипортальный эндомикрохирургический метод.

Внутричерепные гематомы у всех пострадавших удалены радикально. У пострадавших с фронтобазальными повреждениями напряженная пневмоцефалия ликвидирована, повреждение передней черепной ямки закрыты мышечным лоскутом.

Методики микрохирургических оперативных вмешательств через 2 и более трепаниционных отверстий с использованием жестких эндоскопов расширяют возможность нейрохирурга по удалению патологических интракраниальных травматических очагов, значительно уменьшая операционную травму. Методы удаления массивных супратенториальных внутримозговых гематом с применением эндоскопической ассистирующей микрохирургической техники позволяют осуществлять визуальный контроль за ходом всех этапов операции, тщательности гемостаза и радикальности удаления внутримозговых гематом

КОМПЛЕКСНА ДІАГНОСТИКА ЖОВЧЕКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

**Т.М. Дзвонковський, В.В. Дзвонковська, Л.В.Скальський, О.І. Фалат.
Міська клінічна лікарня № 1, медична академія м. Івано-Франківськ**

Лікування жовчекам'яної хвороби та її ускладнень залишається однією з актуальних проблем як гастроентерології, так і особливо абдомінальної хірургії. Тому важливе значення в кінцевому результаті лікування хворих жовчекам'яною хворобою являється своєчасна діагностика холедохолітазу та стану холангіопанкреатодуоденальної зони.

Під нашим спостереженням було 67 хворих жовчекам'яною хворобою, ускладненою холедохолітазом віком від 35 до 73 років, серед яких жінок було 49, чоловіків - 18. Крім клініко-лабораторних досліджень діагностичний комплекс включав сонографію та, при необхідності, компютерну томографію органів черевної порожнини, а також ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ). Останню виконували хворим з наявністю механічної жовтяниці чи холангіту, підвищенням рівня білірубіну більше 10-15% від норми, розширенням гепатикохоледоха по даних сонографії більше 10 мм та підозрою на наявність в ньому конкрементів.

Під час сонографії у 12 з 67 хворих холедохолітіаз не був діагностований, а при проведенні ЕРХПГ у цих пацієнтів виявлено майже не розширений (8-10мм) гепатикохоледох, що містив одиничні чи групу конкрементів розміром 3-6мм. Даний факт ще раз свідчить про реальну межу можливості сонографічного методу дослідження та необхідність проведення комплексної передопераційної діагностики хворих жовчекам'яною хворобою.

У 7 хворих, по даних сонографії, запідозрено об'ємний процес головки підшлункової залози та дистального відділу холедоха. Проведена комп'ютерна томографія діагностувала об'ємного процесу виключила тільки у 3 хворих. Під час ЕРХПГ у цієї групи хворих виявлено: “зліпок” конкрементів у 4 пацієнтів та “защемлений” камінь великого дуоденального сосочка з явищами вираженого папіліту у 3, що було підтверджено після папілотомії з самовільним відходженням конкрементів або інструментальною літотракцією.

У всіх інших випадках комплексної діагностики жовчекам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом зустрічалися окремі розходження в розмірах та кількості конкрементів гепатикохоледоха, що були виявлені при сонографії і уточнені під час ЕРХПГ та після оперативного втручання.

Таким чином, тільки проведення комплексної діагностики жовчекам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом, дає найбільш повну інформацію про стан холангіопанкреато-дуоденальної зони у цих хворих.

ТЕЛЕЭНДОСКОПИЯ - СОВРЕМЕННАЯ ДИСТАНТНАЯ ДИАГНОСТИКА

О.Б. Дынник, А.В. Тофан, А.Н. Кориченский, А.Н. Шевелев, Л.А. Кравец.
Лаборатория телемедицины Научного медико-инженерного центра “НОРТ”
НАН Украины, Киев

Киевская медицинская академия последипломного образования
Медицинское научно-практическое объединение “Медбуд”, Киев

Поиск новых подходов в оказании эндоскопической помощи в последнее время обогатился возможностью применения новой технологии - телемедицины (ТМ) . Суть ТМ заключается в оказании медицинской помощи дистантно, на расстоянии, без непосредственного контакта специалиста высокой квалификации и пациента, то есть без перемещения их в

пространстве навстречу друг другу. Перемещается в таком случае только информация в виде качественного цветного изображения и протокола. В качестве стандарта обмена изображениями рационально использовать международный графический медицинский коммуникационный стандарт для телерадиологии DICOM 3 (Digital Imaging and Communication in Medicine).

Актуальность такой технологии в эндоскопии для Украины вытекает из самых проблем этой драматической отрасли медицины. Эндоскопист на рабочем месте вынужден выносить порой суровый вердикт в сжатые сроки и с минимизацией возможных ошибок. При этом потребность в срочной консультации специалиста высокой квалификации может возникнуть в самое неожиданное время в отдаленном уголке, а наша страна при огромной территории и распределении населения, подвергнувшегося социально-экологическим катаклизмам, не имеет достаточных транспортных средств и комфортных дорог для немедленной доставки больного в специализированный центр (областной или республиканский). Врач-эндоскопист в центре, вызывая тяжелого больного из труднодоступного района на консультацию, всегда должен учитывать травматичность самого такого перемещения, возможность нарушения общего состояния, угрозу желудочно-кишечного кровотечения, действие других риск-факторов.

Необходимость удаленного доступа к анализу визуальной и формализованной эндоскопической информации с использованием современных телекоммуникаций и компьютерных технологий Internet позволяет надеяться на становление в скором времени ТМ в эндоскопической диагностике.

Целью нашей работы является оценка возможности используемых ресурсов ТМ в Украине для дистантной эндоскопической диагностики.

Главным ресурсом ТМ является КАНАЛ СВЯЗИ. Каналом чаще всего в Украине может быть традиционная проводная коммутируемая телефонная связь удаленных населенных пунктов с административными центрами или, при необходимости, передвижной (автомобильный) вариант диагностической лаборатории с телефонной сотовой (цифровой) связью. В будущем, возможно использовать и спутниковую связь. Канал связи характеризуется устойчивостью связи и пропускной способностью, которая измеряется в Кбит/сек.. Диапазон скоростей передачи данных в пределах от 2 Кбит/сек до 2-4 Мбит/сек.

Второй ресурс ТМ - наличие в удаленном месте ИСТОЧНИКА медикогенетической информации Это может быть в нашем случае эндоскоп любого назначения, снабженный видеокамерой и устройством, сопрягающим видеокамеру с персональным компьютером -

фрейм-граббер. Персонал, работающий с эндоскопом непосредственно, должен владеть профессиональными навыками для получения комплексной информации о пациенте, в случае ее трансляции на расстояние, достаточной для принятия решения экспертом в центре.

Третий ресурс - АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ РАБОЧЕЕ МЕСТО ЭНДОСКОПИСТА на базе персонального компьютера (ПК), оснащенного, с одной стороны, устройствами съема и преобразования медицинской информации в электронное представление в ПК, а с другой - коммуникативными устройствами для передачи этой информации в стандартном виде через сеть электронных коммуникаций. АРМ должен содержать соответствующее программное обеспечение для интерфейса ввода и накопления в базе данных формализованных протоколов и серий изображений, с максимальной достаточностью характеризующих каждый конкретный случай. Нами разработана оболочка IxBase для ведения картотеки пациентов, ввода, хранения и подготовки эндоскопической информации к передаче. Графические программы (Uiew Pro) позволяют формировать захват изображений из различных источников, склеивать их в синдромные блоки и передать вместе с текстом протокола. Такой ПК мы выделяем как АРМ КЛИЕНТА ТМ. Устройства ввода информации могут быть захватчики кадра, видеокамеры, микрофоны и сканеры. Устройства коммуникаций - модемы и сетевые карты. Важно согласование всех компонентов АРМа клиента ТМ и знание персонала, для проведения сессий передачи информации в центр. Особенно это важно в перспективе работы с трансляцией изображений в реальном масштабе времени (real-time) или пересылки видеороликов (movie) сеанса эндоскопии. Принципиальным пунктом телеконсультирования через Internet является точное воспроизведение цветовой палитры и глубины цвета на мониторах обоих телемедицинских сайтов. С этой целью рекомендуется использовать калибруемые мониторы 21 "с калибруемой цветовой палитрой (типа Barco или Sony Trinitron).

Internet предоставляет несколько сервисов для передачи информации. В условиях Украины электронной почты - e-mail - уже достаточно для консультирования серии эндоскопических изображений. FTP -сервис необходим - для передачи и хранения крупных файлов (в несколько десятков мегабайт), особенно с роликами изображений. Наиболее всесторонней является Web-технология с использованием программ для проведения аудио-видеоконференций. При этом передается и обсуждается в интерактивном режиме не только заранее подготовленная информация в виде папки (фолдера), но и в реальном времени диалог с врачом-собеседником и пациентом, прямая трансляция сеанса эндоскопии с возможностью дистантной коррекция позиции эндоскопа.

Удаленное телеконсультирование и оказание помощи конкретному пациенту - это только часть ТМ. Internet позволяет повышать квалификацию персонала без выезда с рабочего места: телеобучение и теленаставничество, внедрение новых методик и проверку качества знаний. Лекторы и квалифицированные специалисты региональных диагностических центров могут посещать через Internet своих подопечных коллег в глубинке ежедневно и быть в гуще событий не покидая центра.

Рентабельность ТМ в первую очередь определяется именно экономией средств здравоохранения и пациентов на транспортные расходы. В дополнение, врачи из удаленных регионов смогут посетить через Internet информационные серверы ведущих клиник мира, крупнейшие научные и медицинские библиотеки и иметь самую свежую информацию по проблемам диагностики.

Удаленность от центра при использовании телеэндоскопии потеряет трагичность и позволит врачам наиболее эффективно оказать своевременную высококвалифицированную эндоскопическую помощь населению.

Начинать необходимо с поиска местного провайдера для подключения к всемирной сети Internet.

НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕВОЧКИ 13 ЛЕТ

М.Н. Ермолаев

Отделение гастроэнтерологии областной детской клинической больницы, г. Харьков.

Под наблюдением находилась девочка Н., 13 лет, поступившая впервые в апреле 97 г. для лечения с жалобами на: наличие изжоги, “голодный” характер болей в животе и боли в эпигастральной области через 1 час после еды, отрыжку пищей, плохой аппетит, потерю в

весе (на 1,5 кг), изменения в анализах мочи (лейкоцитурия). Больна с февраля 1996 г., когда отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, бледность кожи, слабость, лабораторно-явления анемии, тромбоцитопения, значительное ускорение СОЭ. В июне 96г. при ЭГДС впервые обнаружено: слизистая оболочка (СО) двенадцатиперстной кишки (ДПК) умеренно отечна, гиперемирована, эрозирована, отмечается контактная кровоточивость. В течение месяца девочка принимала ранитидин в сочетании с вентером, после чего отмечала некоторое улучшение общего состояния. В феврале 97г. в ЦРБ двукратно отмечают эпизоды незначительно выраженного гемоколита, примесь слизи в кале, тенезмы. Тогда же появляется протеин- и стойкая лейкоцитурия.

При обследовании в клинике выявлено: в кл.ан.крови - ускорение СОЭ до 38-30 мм/ч, умеренный лейкоцитоз ($9,2 \times 10^9$) без изменений лейкоцитарной формулы; Нв-107 г/л. При ЭГДС: поверхностный фундальный, гипертрофический антральный гастрит (умеренно выраженный). Наблюдаются множественные, обширные эрозивно-язвенные дефекты СО луковицы и начального участка верхнегоризонтального отдела ДПК. Эти элементы округлой и звездчатой формы, покрыты широкими полями фибрина (по типу афт), с геморрагическими дефектами СО. Отмечается легкая и выраженная контактная кровоточивость. Ректоскопия (май 97 г.) - в зоне анального сфинктера единичный полый геморoidalный узелок диаметром до 3x4 мм, спавшийся, телесного цвета. СО кишки на протяжении 20 см от ануса красного цвета, отечна. Легкая контактная кровоточивость. Складки поперечные, подслизистый сосудистый рисунок смазан. Единичные элементы лимфофолликулярной гиперплазии на расстоянии до 8 см от ануса. Микроскопически: хронический катаральный проктит (поверхностный). Через месяц на фоне применения ранитидина, метронидазола и альмагеля, эндоскопически: эрозивно-язвенные изменения СО луковицы и верхнегоризонтального отдела ДПК на протяжении 4 см постбульбарно. СО ДПК резко отечна, гиперемирована. Наблюдается тотальное поражение луковицы с наличием "пленчатых". сливных налетов фибрина, геморрагических эрозий слизистой. В зоне луковицы, бульбодуоденального перехода и начале верхнегоризонтального отдела - некоторое сужение просвета, выраженная ригидность стенок ДПК. Единичные язвенные элементы (округлой формы, диаметром 5-6 мм, покрытые белокоричневым налетом фибрина) в начале нисходящего отдела ДПК. Взятые биопсии СО луковицы и постбульбарных отделов ДПК. Микроскопически: острый фибринозно-гнойный дуоденит. На фоне острого флегмонозного воспаления слизистой в толще одной из ворсин резкое кистовидное расширение железы. Специфические гранулемы не обнаружены. При окраске по Романовскому-Гимзе бактериальные возбудители не обнаружены.

В терапии получала: салофальк 250мгх 2р. в течение 3 недель, затем сульфасалазин 500 мг х 2р. в течение 2,5 недель; эубиотики, нистатин, уросептики и последовательные курсы антибиотиков, репаратанты и протекторы СО.

Лабораторно в анализе кала на дисбактериоз - снижено количество бифидобактерий, повышено содержание грибов Candida; Clostridium difficile не обнаружены. Выраженное снижение гликозаминогликансульфатов крови, особенно общих 4,4ед. (при норме 11.1 - 13.1) и П-й фракции (хондроитин-4 и дерматансульфаты) 0,2ед. (3,5-4,3). Повышение суточной экскреции оксиполина 88,0 мг/сут. ЭГДС через 3 мес.- в луковице ДПК участки “полиповидных” возвышенный, чередующихся с дефектами СО, покрытых фибринозными налетами по типу афт. Высокая контактная кровоточивость. Сужение бульбо-дуоденального перехода. Рентгеноскопия: желудок гипотоничен, смещаем, нижний его полюс расположен на 2-3 см ниже гребешковой линии. Петля ДПК с деформированным контуром и спазмирована даже после дачи аэрона под язык. Рельеф СО в подкове перестроен на продольный, местами не определяется. Имеют место дуоденодуоденальный и дуодено-бульбарный рефлюксы.). Выписана с рекомендациями по приему сульфасалазина - постоянно; сукральфата - на 1,5 мес., нистатина, облепихового масла.

В ноябре 97г. поступает с ухудшением состояния с жалобами: на слабость, тошноту, плохой аппетит, бледность кожи, изжогу, боли в животе, рвоту. Выявлено повышение уровня пролактина - 45,0 нг/мл и гастрин 87,0 пг/мл сыворотки крови. Эндоскопически в ДПК сохраняются афтозные наложения фибрина, микроскопически - интенсивная воспалительная инфильтрация глубоких отделов СО с микроабсцессами крипт, васкулитами.

Таким образом, проведение длительных курсов антибиотикотерапии, лечение салазо-препаратами (салофальк, сульфасалазин) не принесло ожидаемого терапевтического эффекта с репарацией СО ДПК. Имеются эндоскопические и рентгенологические признаки, свидетельствующие о деформации (сужении) бульбодуоденального перехода. Учитывая отрицательную эндоскопическую динамику изменений СО ДПК (в т.ч. на фоне противоязвенных средств), гистологические изменения СО ДПК, указание в анамнезе на двукратные эпизоды гемоколита, в течение двух лет стойкие изменения в ан.крови с лейкоцитозом, нейтрофилизмом, ускорением СОЭ, анемией и тромбоцитопенией, периодическим изменением острофазовых показателей, - у ребенка установлена редкая форма болезни Крона с поражением проксимального отдела ДПК. Заболевание имеет непрерывно-рецидивирующее течение, осложненную форму. Установлена дефицитная анемия, хронический колит, пиелонефрит. Особенностью данного наблюдения является то, что болезнь Крона ДПК протекает у девочки 13

лет, имеющей признаки системной дисплазии соединительной ткани, на фоне пубертатного диспитуитаризма.

Из особенностей терапевтического подхода необходимо отметить, что применение стандартных противоязвенных препаратов при болезни Крона ДПК неэффективно. Использование сульфасалазина, протекторов СО, привело к частичной репарации эрозивно-язвенных дефектов ДПК, появлению рельефа “булыжной мостовой” СО луковицы и постбульбарных отделов ДПК с наличием мелких псевдополипов и щелевидных язвенных дефектов. Отмечалось сохранение повышенной контактной кровоточивости и тенденция к стенозированию бульбо-дуоденального перехода ДПК.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЭРАДИКАЦИИ ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Д.Н. Ермолаев, Е.С. Добровольская.

Городская поликлиника N 8, г. Харьков.

В 1997 году в городской поликлинике N 8 г. Харькова первичная диагностика и эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* (HP) проведена 63 больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (45 больных с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК), 6 - с язвенной болезнью желудка, 12 - с эрозивными поражениями желудка и ДПК).

Диагностика инфекции HP осуществлялась экспресс-методом с жидкой уреазной средой. Состав среды : мочевины - 2.0 г, фенол-рот (0.5%) - 10.0 мл, азид натрия - 20.0 мг, доведенная до 100.0 мл 0,01М фосфатным буфером; pH среды 5.5.

При эзофагогастродуоденоскопии проводили биопсию 2-3 наиболее измененных участков слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка. Биоптаты помещали стерильно в пробирку с 2.0 мл среды и оставляли для учета за изменением окраски на 60 минут при 22-24 С. Изменение желтой окраски среды на красную расценивали как положительный ре-

зультат теста. Пробирки с неизменной окраской среды помещали в термостат при 37 С на 24 ч. Экспресс-тест проведен 67 больным. Из них у 63 человек положительный результат теста являлся достаточным для постановки первичного диагноза инфекции НР и начала антихеликобактерной терапии.

У 56 больных эрадикация проводилась однонедельной “тройной” терапией с использованием : омепразола 20 мг дважды в день, амоксицилина 500 мг трижды в день и метронидазола 500 мг трижды в день. У 7 больных в связи с применением в течение последнего года производных нитроимидазола (нитазол, тинидазол, метронидазол) и для избежание устойчивости НР к метронидазолу, применили однонедельную схему : омепразол 20 мг дважды в день, амоксициллин 1000 мг дважды в день и кларитромицин 500 мг дважды в день. В дальнейшем всем больным рекомендовалось продолжение приема омепразола 20 мг в день в течение 4 недель, а при язвенной болезни желудка - до 6 недель.

В зависимости от выраженности болевого и диспептического синдромов, наличия сопутствующей патологии, - дополнительно к эрадикационной схеме назначались антациды, прокинетики, полиферменты.

На фоне проводимой терапии у всех больных достигнута стойкая клинико-эндоскопическая ремиссия.

При наличии достаточной материально-технической базы, соблюдении всех правил выполнения методики диагностики НР, надлежащей стерилизации эндоскопической аппаратуры,- первичная диагностика и эрадикация инфекции НР может с успехом проводиться в поликлинических условиях.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ЛИМФОМА ЖЕЛУДКА

В.К. Журавский, С.В. Дейнека, К.М. Шатрова.

Киевская областная клиническая больница, кафедра патологической анатомии Киевской медицинской академии последипломного образования.

В последние три десятилетия значительно расширился круг заболеваний , диагностируемых эндоскопически. К одному из них следует относить лимфому желудка (ЛЖ) , которая по частоте занимает второе место среди злокачественных новообразований желудка после рака и первое среди всех остальных неэпителиальных новообразований.

Выделяют несколько эндоскопических вариантов ЛЖ-полиповидную, инфильтративную, язвенную и смешанную. Лимфоматозное поражение слизистой оболочки желудка (СОЖ) может быть вторичным, как проявление генерализованного злокачественного процесса, исходящего из лимфоидной ткани (различные варианты диффузных злокачественных лимфом с поражением лимфатических узлов) и первичным, изолированно поражая только желудок.

И в тех, и в других случаях эндоскопическая картина сходна. Как правило, это перестройка рельефа СОЖ, нарушение конфигурации складок (последние при этом утолщаются, деформируются, приобретают извитой ход, валикообразно - или подушкообразно изменяются). СОЖ в зоне поражения становится рыхлой, отечной, гиперемированной, сохраняет или утрачивает исходный блеск и цвет, приобретая ярко-красную или синюшно-красную окраску, контрастируя при этом с зонами интактной слизистой. Такая СОЖ легко кровоточит при взятии материала.

При ЛЖ важным признаком является обнаружение множественных сливающихся друг с другом опухолевых уплощенных очагов различных размеров, поверхность которых часто эрозируется или изъязвляется. При прорастании опухоли всей стенки желудка часто можно наблюдать образование множественных язв с рыхлыми краями и “мягким” дном.

Чаще всего при ЛЖ поражается антральный отдел, но возможно вовлечение желудка на всем протяжении. Стенозирование антрума наблюдается довольно редко, даже при экзофитных формах поражения пилорического отдела желудка.

Дифференциальная диагностика ЛЖ должна проводиться с раком желудка, псевдолимфомой, язвой желудка, болезнью Менетрие и эрозивным гастритом.

С 1987 по 1998 год в эндоскопическом отделении Киевской областной клинической больницы ЛЖ диагностировано у 25 больных, среди которых было 14 мужчин и 11 женщин. Полипозная форма выявлена у 4-х б-х, инфильтративная - у 7, язвенная у 9, смешанная - у 5. Клиническая картина ЛЖ неспецифична, и чаще всего напоминает язвенную болезнь или эрозивный гастрит, клинически проявляя себя желудочным диспептическим синдромом, болью в эпигастральной области, похудением, иногда - кровотечением.

Решающую роль в установлении клинического диагноза имеет морфологическое исследование материала, взятого при эндоскопии. Информативность полученного материала зависит от объема исследованной ткани, площади поражения СОЖ, характера опухолевого роста, способа взятия материала, опыта эндоскописта.

При исследовании гастробиопсий диагноз лимфомы желудка является в определенной степени предположительным, ввиду изучения ограниченного по объему материала, взятого только из слизистой оболочки.

Как и при псевдолимфоме, при лимфоме (лимфосаркоме) желудка имеет место полная или частичная редукция исходных эпителиальных элементов СОЖ (покровного, ямочно-шеечного, железистого эпителия). В собственной пластинке слизистой наблюдается опухолевая пролиферация лимфоидных клеток, структурно соответствующих незрелым мноморфным или гетероморфным популяциям бластных форм лимфоцитов, которые морфологически характеризуют любой тип лимфосаркомы других локализаций. В случае наличия лимфоцитарной лимфомы популяция представлена мноморфными зрелыми малыми лимфоцитами. В этих наблюдениях опухолевый процесс может быть практически неотличим от воспалительной инфильтрации собственной пластинки СОЖ иммунокомпетентными клетками при хроническом гастрите.

Окончательная верификация лимфомы желудка становится возможной только после морфологического исследования оперативно удаленного органа. Документирует опухолевый процесс инфильтрация всех оболочек стенки желудка лимфоидными клетками соответствующими определенному типу лимфосаркомы (лимфоцитарной, пролимфоцитарной, лимфобластной, иммунобластной и т.д.)

Подозрение на лимфому возникает при выявлении описанной эндоскопической картины заболевания, хотя гистологически он не всегда подтверждается сразу - так, в частности, у 8 из 25 наших больных диагноз подтвержден или заподозрен при первичном исследовании (32%), при повторном - у 18 (71%). Информативность взятого материала повышается при экзофитных формах роста опухоли, а также при использовании петлевой или щипцовой биопсии.

Таким образом, эндоскопия является ведущим клиническим методом в предоперационной диагностике лимфосарком желудка. Морфологическое исследование гастробиопсий с высокой степенью достоверности позволяет подтвердить эндоскопический диагноз. Окончательная верификация процесса возможна только при исследовании оперативно удаленного желудка.

КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЕЧНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ТАЗОВОГО ДНА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

И.М. Зарипов, Ш.А. Бакиев, А.В. Булгаков.

Республиканская клиническая больница им Г.Г. Куватова, г. Уфа

Недостаточность тазового дна подразумевает слабость связок малого таза, леваторов, мышц и связок промежностной перегородки. Клинические проявления этого состояния: ректоцеле, цистоцеле, выпадение прямой кишки, матки, влагалища.

Этиология этого состояния многообразна - это анатомическая особенность строения малого таза у женщин, тяжелая физическая работа, травма, сопряженные увеличением внутрибрюшного давления, общий птоз. (1,2,3,4).

Основным провоцирующим моментом в формировании этой патологии является - травма тазовой диафрагмы в родах, недостаточно квалифицированное устранение разрывов тазового дна. Зашивание разрывов промежности в родах наиболее часто выполняется в акушерских стационарах и производится как второстепенное пособие. Полноценность перинеографии при выписке родильницы зачастую определяется только по заживлению кожного рубца, либо вообще не обращают на это внимание (4,5).

Недостаточность мышечно-связочного аппарата малого таза сопровождается серьезными патологическими изменениями как статики внутренних половых и смежных органов, так и нарушениями менструального цикла, бесплодием, нарушением в свертывающей системе крови.

Это частое и тягостное заболевание, продолжительно нарушающее нормальное течение жизни во многих аспектах: личном повседневном, семейном, общетрудовом и профессиональном, социальном. Оно нередко может становиться психосоматической патологией.

Особо важное значение занимает хирургическая реабилитация больных. Поиски эффективных методов лечения привели к тому, что в периодической литературе было описано более 300 вариантов лечения данной патологии. Их можно разделить на три группы: промежностные, полостные, комбинированные.

В настоящее время склоняются в пользу комбинированных операций. Комбинированная операция - это сложное вмешательство и оно сопряжено определенным риском, связанным с лапаротомией и сопутствующими заболеваниями. В связи с этим осторожно относятся к корригирующим операциям особенно у лиц пожилого возраста. В решение этого вопроса, при использовании известных способов хирургических вмешательств, операторов прежде

всего не удовлетворяют трудности возобновления топографического взаиморасположения органов и восстановление их функции.

С целью уменьшения риска оперативного вмешательства у больных особенно пожилого возраста, снижение травматичности операции и улучшения послеоперационного периода нами предложен способ лапароскопической коррекции недостаточности мышц и связок тазового дна. Данная методика заключается в том, что после вправления матки через влагалище в брюшную полость, передняя поверхность матки, ближе ко дну, прошивается в 4 местах. Определяется место фиксации матки в левой подвздошной области. Лигатуры выводятся на переднюю брюшную стенку, производится тракция матки и фиксация узловыми швами к передней брюшной стенке, после рассечения париетальной брюшины путем коагуляции.

За счет тракции матки, подтягиваются элементы тазового дна и восстанавливается анатомическое соотношение мочеиспускательного канала и мочевого пузыря.

Со стороны промежности производится задняя кольпорафия и передняя леваторопластика с восстановлением сухожильного центра промежности с использованием аллотрансплантата дермы подошвы и аллосухожильных нитей. Продолжительность операции колебалась от 40 до 55 мин.

По этой методике успешно прооперированно 28 женщин в возрасте от 48 до 65 лет. В послеоперационном периоде наблюдали нагноение раны слизистой влагалища у двух больных. Все больные были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 10-12 сутки.

Длительность отдаленных наблюдений составила от 6 до 9 мес. Рецидива не наблюдали.

Таким образом, коррекция связочного аппарата малого таза с использованием эндоскопической техники- перспективная операция, требующая дальнейшей разработки.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОПЛАНТА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ш.А. Зарипов, Р.Т. Ибрагимов, С.А. Муслимов, Т.Ш. Зарипов.

Республиканская клиническая больница, г. Уфа

Основной проблемой современной консервативной противоязвенной терапии является предотвращение рецидивов заболевания, ускорение заживления язвенного дефекта и профилактика осложнений. Существенным фактором в профилактике осложнений является пре-

дупреждение развития рубцовой ткани на месте язвенного дефекта, так как одной из стадий созревания рубцовой ткани является контракция, которая в данном случае приводит к деформации структуры ткани и, соответственно, просвета органа.

При местном лечении язв верхнего отдела пищеварительного тракта с применением эндоскопии различные авторы воздействуют на два звена их этиопатогенеза: защищают язву от повреждающего действия соляной кислоты и ферментов желудочного сока, стимулируя одновременно процессы регенерации в слизистой оболочке области поражения. В целях местного лечения предложены схемы с использованием новокаина, гепарина, кортикостероидов, колларгола, алигурацила, хлорэтила, медицинского клея, статизола и т.п.

Все вышеперечисленные методики местного лечения значительно сокращают сроки заживления язв, но при этом заживление ран идет путем рубцевания.

Нами разработан и внедрен в практику метод местного эндоскопического лечения язв с применением аллотрасплантанта. В этих целях мы использовали биоматериал из серии Аллоплант, разработанный во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии и разрешенной к применению Минздрава СССР (регистрационное удостоверение 87/901 - 87 от 22 июля 1982 г.)

Биоматериал, использованный нами, представляет собой порошок из химически обработанных и диспергированных аллогенных тканей.

В результате многолетних экспериментальных исследований, проведенных во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии (руководитель центра - проф., д.м.н. Э.Р.Мулдашев), установлено, что биоматериалы подвергаются резорбции с помощью ферментов, секретируемых макрофагами. На месте резорбированных участков имплантанта формируется новообразованная соединительная ткань с адекватной структурой. Биоматериал стимулирует также регенерацию кровеносных и лимфатических сосудов. Также установлено, что применяемый нами вид биоматериала Аллоплант обладает свойством предупреждать развитие малодифференцированной (рубцовой) ткани за счет торможения пролиферативной активности фибробластов, что приводит к более растянутому во времени синтезу коллагена и пролиферации клеток и синтеза основного вещества. Происходит более синхронно и формируется новая соединительная ткань с совершенной структурой.

Методика лечения язвенной болезни данным препаратом состоит в непосредственном введении стимулятора регенерации в язвенный дефект через инъектор.

По данной методике в нашем отделении пролечено 133 пациента, из них с язвой желудка - 24 человека, двенадцатиперстной кишки - 109. После однократного введения алло-

планта на 2-3 сутки отмечалось значительное субъективное улучшение состояния больных. При ФГДС-контроле через 15-20 дней у 109 пациентов наблюдалось полное заживление язвенного дефекта. У 21 больного отмечалось значительное уменьшение размеров и глубины язвы, но не полная эпителизация, в связи с чем им выполнялось повторное введение аллопланта с последующим контролем через 5-7 дней. У 3 больных не удалось добиться эпителизации язвы, и они были прооперированы.

При изучении отдаленных результатов (от 3 месяцев до 3 лет) отмечается резкое уменьшение числа рецидивов язвенной болезни и образования грубых рубцов, деформирующих просвет органа, по сравнению с контрольной группой, куда входили больные, пролеченные традиционными методами эндоскопического и медикаментозного лечения. Также положительной стороной данного метода является снижение до минимума количества выполняемых дорогостоящих и неприятных для больных процедур.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ВЫБОР АДЕКВАТНОГО ЭНДОФИБРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ю.Б. Захарченко.

Кафедра хирургических болезней Харьковского государственного университета

При остром панкреатите (ОП) фиброгастродуоденоскопическое исследование (ФГДСИ) является важным элементом диагностической программы, т.к. позволяет верифицировать ОП.

Целью настоящего исследования явилось сравнение диагностической ценности при ОП стандартного ФГДСИ, которое проводится с использованием фиброскопов с торцевым расположением оптики и дуоденофиброскопического исследования (ДФСИ), проводимого с использованием фиброскопов с боковым расположением оптики; на основании различия их диагностических возможностей. Мы ставили перед собой задачу, установить, в каких случаях при ОП выполнять стандартное ФГДСИ, а когда сразу применить ДФСИ, т.к. подвергать

пациентов во всех случаях ОП обеим этим исследованиям, с учетом их инвазивности и дороговизны, не рационально и экономически не выгодно.

Проанализированы результаты обследования 34 пациентов с острым панкреатитом. Мужчин было 15 (44,1%), женщин 19 (55,9%), возраст больных находился в пределах от 37 до 56 лет. Больные поступили в стационар в сроки 3-54 часа от начала заболевания. Острый холецистит сопутствовал в 21 (61,8%) случае, явления механической желтухи различной степени выраженности (билирубинемия от 36 до 98 мкмоль/л) имели место в 9 (26,5%) .

Диагностическая программа включала стандартное клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование, стандартное ФГДСИ фиброскопом - ГДБО 4 (ЛОМО, Россия), ДФСИ фиброскопом - JF 20 (Olympus, Япония) и при наличии показаний эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

При обоих видах эндоскопического исследования выявлены изменения желудка и двенадцатиперстной кишки, характерные для острого панкреатита: поверхностный очаговый гастрит, интерстициальный очаговый дуоденит, острые эрозии желудка и дуоденум; отмечено соответствие данных обоих методов. Однако, при визуализации патологии БДС методы имели различную информативность. ДФСИ во всех случаях позволило провести детальный осмотр БДС, при этом в 23 (67,6%) случаях выявлены: папиллит - в 20 (86,9%), папиллосклероз - в 3 (13,1%); эта патология сочеталась с : гиперплазией слизистой ампулы БДС в 16 (69,6%) случаях, отхождением из устья соска с током желчи микролитов - в 5 (21,7%), конкрементом ампулы БДС - в 4 (17,4%). Таким образом, в результате проведенного ДФСИ в 23 б(67,6%) случаях установлена билиарная природа панкреатита. Стандартное ФГДСИ позволило выявить лишь значительные изменения БДС - увеличение до 2 см в 6 (26,1%) случаях, а в 17 (73,9%) случаях, имеющиеся изменения БДС, остались не выявленными.

Таким образом, при наличии клинико-лабораторных и ультразвуковых признаков ОП для верификации диагноза, показано выполнение ДФСИ. Включение в диагностическую программу стандартного ФГДСИ, у этих больных, показано при подозрении на патологию пищевода, желудочно-кишечное кровотечение, рубцовый стеноз привратника, перфорацию язвы луковицы дуоденум.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

С.А. Зинченко, Н.Д. Шинкаренко.

Городская клиническая многопрофильная больница N 4, г.Днепропетровск.

Широкое применение химических веществ на производстве и в быту привело к увеличению числа ожогов пищевода и желудка. В связи с этим возникла необходимость широкого внедрения эндоскопической диагностики у таких больных.

За период с 1994 по 1997 год в центре по лечению острых отравлений нашей больницы было произведено 127 эзофаго -и гастроскопий больным с острыми отравлениями различными химическими веществами. Исследования проводились аппаратами GIF-Q-20 фирмы "Олимпас" . Из общего числа больных ожоги раствором серной и соляной кислоты наблюдались в 22 (17,3%) случаях; уксусной кислотой - 37 (29,1%); нашатырным спиртом - 17 (13,3%); марганцем - 3 (2,3%); неизвестным ядом - 7 (5,5%); грибами - 29 (22,8%). Наиболее выражены деструктивные изменения пищевода и желудка при ожогах неорганическими кислотами и щелочами, которые сопровождались гастродуоденальным кровотечением в 18,6% случаев. Кровотечения наблюдались из обширных язвенных дефектов и эрозий. Ни одного желудочно-кишечного кровотечения остановить эндоскопически не удалось.

У 10,3% больных с отравлениями грибами наблюдались язвы 12-ти перстной кишки на фоне выраженных воспалительных явлений слизистой желудка, луковицы и залуковичных отделов.

Осложнений при проведении эндоскопических исследований гибкими аппаратами замечено не было. Таким образом, эндоскопическая диагностика ожогов пищевода и желудка помогает в выборе терапевтических мероприятий и облегчает наблюдение за эффективностью лечения.

ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ (ФБС) В АСПЕКТЕ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДОСКОПИИ (ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 70 ЛЕТ)

Н.А. Калашников.

Главный военный клинический госпиталь МО Украины, г. Киев

В условиях изменений возрастной структуры населения и роста легочной заболеваемости (ХНЗЛ, туберкулез, рак легкого) опыт проведения ФБС у пациентов старше 70 лет заслуживает особого внимания.

Целью наших исследований явилось изучение результатов применения ФБС у пациентов указанной возрастной категории при различной легочной патологии.

За период с 1996 по 1 квартал 1998 года нами обследованы 188 пациентов с использованием эндоскопов фирмы Olympus BF-P20 и BF -P30. Всего произведено 210 диагностических и лечебных ФБС. Из них в возрасте старше 80 лет было 36 (19,1%) человек. Планово обследовано 169 (89,9%) человек, в ургентном порядке - 19 (10,1%).

Основными показаниями к ФБС явились необходимость проведения дифференциальной диагностики неспецифических заболеваний легких с туберкулезом и раком легкого и санации бронхов при пневмонии и обострении ХБ.

Наряду с традиционными бронхоскопическими методиками на основе использования окулярных насадок светофильтров мы применяли полихроматический анализ (ПА).

При направлении на ФБС с диагнозом пневмонии было 57 (30,3%) хронического бронхита 43 (22,8%), раком легкого 12 (6,38%), туберкулезом легких и внутригрудных лимфоузлов 11 (5,85%), плеврита 9 (4,78%), кровохарканья 6 (3,2%) и другими - 50 (26,6%) человек. То есть, основным заболеванием при направлении на ФБС являлась пневмония. Наряду с этим у обследованных отмечалось 3-4 сопутствующих заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной нервной и эндокринной системы на фоне различных проявлений атеросклероза. Таким образом, указанный контингент имел сочетанную патологию различных органов и систем.

У лиц старше 70 лет особенностью подготовки к ФБС является использование памятки, в которой представлена суть предстоящих диагностических действий. Ее использование имеет важное значение при нарушениях слуха, интеллекта и памяти у лиц старческого возраста. После оценки тяжести сопутствующих заболеваний, времени прошедшего после их

осложнений (инфаркт, инсульт, гипертонический криз) мы учитывали профиль наиболее вероятных осложнений при ФБС и с учетом этого осуществляли контроль параметров сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной системы в процессе подготовки и проведения исследования, а также использовали дополнительную медикаментозную подготовку с применением сердечных, антиаритмических, гипотензивных, бронхолитических и седативных средств, в зависимости от показаний. При этом дозы местных анестетиков и лекарственных препаратов снижались на 25-30%. Темп проведения ФБС был адекватен адапционным возможностям пациента. В период исследования в 50-60% случаев при гипоксии осуществлялась подача увлажненного кислорода.

В результате применения ФБС воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов I-II степени выявлены у 2 (1,1%) , I степени - у 28 (14,9%), 0-I степени - у 24 (12,8%). Воспалительные изменения не отмечались у 24 (12,8%) пациентов. Атрофический бронхит выявлен у 71 (37,8%) пациента, деформации бронхов 1-4 порядка определялись у 71 (37,8%), а дистонии бронхов различной степени у 74 (39,4%) пациентов. Рубцовые изменения бронхов, как исход туберкулезного процесса, диагностированы у 11 (5,9%) пациентов. Дисплазии бронхов отмечались в 15 (7,97%) случаях, в 4 из них (2,1%) сочетаясь с деформациями. Центральная форма рака легкого выявлена у 18 (9,6%) пациентов. Из них перибронхиальная форма у - 10 (5,3%). Смешанная у - 5 (2,7%), экзофитная - у 2 (1,1%) пациентов, редкая диссеминированная форма центрального рака у 1 (0,5%).

Полученные результаты применения ФБС у пациентов в возрасте старше 70 лет позволяют прийти к следующим выводам:

- в структуре обследованного контингента преобладают пациенты с пневмонией - 30,3%;
- особенностями эндоскопических изменений при ФБС у обследованных является высокая частота атрофического бронхита (37,8%), деформаций (37,8%) и дистоний бронхов (39,4%);
- при центральном раке легкого у лиц в возрасте старше 70 лет наиболее часто встречается перибронхиальная его форма;
- у пациентов старше 70 лет с НЗЛ крайне редко встречаются процессы I-II степени интенсивности воспаления;
- учет факторов риска, прогнозирование и профилактика возможных осложнений, адекватная подготовка пациентов старческого возраста к ФБС с ее проведением в

адаптационном режиме позволяют избежать осложнения во время и после исследования;

- применение полихроматического анализа позволяет диагностировать латентные воспалительные процессы 0-1 степени воспаления и проявления атрофических процессов слизистой бронхов;
- полученные результаты позволяют прижизненно объяснить и трактовать анатомические предпосылки для частого развития и прогрессирования ХНЗЛ у лиц старше 70 лет.
- Развитие знаний и углубление опыта геронтологической эндоскопии, в частности ФБС, позволит обеспечить новый качественный уровень диагностики и лечения заболеваний легких у пожилых людей.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ, УДАЛЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОЛАРИНГОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Е.И. Ключков

Киевский НИИ отоларингологии им.А.И.Коломийченко МЗ Украины

Морфологическое строение истинных голосовых складок обеспечивает их полное смыкание при фонации и защиту слизистой оболочки от повреждения в зоне взаимного контакта. Малейшее нарушение контура свободного края голосовой складки, вызванное патологическим процессом, приводит к охриплости голоса и как правило раннему обращению больных за медицинской помощью. Однотипные фонаторные нарушения могут быть вызваны различными по своей морфологической природе образованиями.

За пять лет (1993-1997 гг.) был морфологически исследован операционный материал от 116 больных с неопухолевой патологией голосовых складок, удаленный с помощью микроларингоскопической техники в отделении реконструктивно-восстановительной хирургии ЛОР-органов. Среди них : полипов голосовых складок - 74(63,8%), фибриноидно-гиалиновых узелков - 14(12,1%), неспецифических гранулем - 15(12,9%), в т.ч. постинтубационных гранулем - 7(6,0%), кист гортани - 9(7,7%), амилоидоз голосовой складки - 1(0,9%), рубцовых стенозов гортани - 1(0,9%), паралитических стенозов гортани - 2(1,7%).

Полипы гортани в половине случаев располагались в передней трети истинных голосовых складок, что обусловлено особенностями их васкуляризации, подвижностью щиточерпаловидной (голосовой) мышцы и кумуляцией вибрационного эффекта в этой зоне. Полипы гортани чаще образовывались у мужчин 30-50 лет (5:1), что, по-видимому, являлось следствием большей подверженности их негативным экзогенным влияниям. Выделены 4 гистологических типа полипов гортани: фиброзные, отечные, сосудистые и амилоидные.

Особым типом поражения слизистой оболочки голосовых складок являются так называемые фибриноидно-гиалиновые узелки. Для их структуры характерно большое количество тонкостенных сосудов синусоидного типа и скопление в соединительнотканной строме гомогенных белковых масс, пропитывающих также стенки сосудов. Пикрофуксином они окрашиваются в различные оттенки желтого цвета. Выявляются фибрин и гиалин. Часто встречаются тромбозы сосудов и кровоизлияния в строму. Эти поражения, поскольку часто имеют вид полипа, могут быть отнесены к отдельному, пятому, тромбангиитическому гистологическому варианту полипов гортани.

Среди эпителиальных кист гортани наблюдались ретенционные, травматические и конгенитальные. Ретенционные, вызванные ретенцией (задержкой) секрета, выстланные кубическим эпителием, были следствием закупорки выводного протока слизистой железы. Травматические кисты, выстланные многослойным плоским эпителием, образовывались в результате небольших поверхностных травм, сопровождающихся внедрением клеток покровного эпителия в подслизистую ткань. Конгенитальные (врожденные) кисты могли быть выстланы цилиндрическим или многослойным плоским эпителием и образоваться за счет отшнуровки частиц эпителиального покрова в ходе формирования гортани.

Постинтубационные гранулемы голосовых складок являются издержками широкого применения эндотрахеального наркоза при хирургическом лечении видов патологии. Травмирование голосовой складки во время интубации или в результате длительного пребывания интубационной трубки в голосовой щели приводит к формированию язвы на поверхности слизистой оболочки с последующим ростом грануляционной ткани в области дна язвенного дефекта и формированием грануляционного полипа. Сформировавшаяся постинтубационная гранулема представляла собой шаровидной формы образование до 0,5 см в диаметре. Основную массу образования составляла грануляционная ткань со своеобразной радиальной структурой капиллярной сети. Поверхностный слой гранулемы был представлен зоной некролиза с лейкоцитарной инфильтрацией.

Нередко встречающийся клинический диагноз “фиброма голосовой складки” как правило лишен морфологического содержания. За ним скрываются различные неопухолевые образования (полипы, фибриноидногиалиновые узелки и др.). Новообразования с морфологией истинной фибромы (нейрофибромы) являются достаточно редкими в области истинных голосовых складок.

Значение гистологической природы неопухолевых образований голосовых складок является важным для хирурга, поскольку многие из них склонны к рецидивированию после проведенного хирургического лечения и требуют особой тщательности при манипулировании на гортани.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ, УДАЛЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОЛАРИНГОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Е.И. Клочков

Киевский НИИ отоларингологии им.А.И.Коломийченко МЗ Украины

Микроларингохирургическая техника позволяет осуществлять щадящие, благоприятные для дальнейшей голосовой реабилитации вмешательства на гортани. За пять лет (1993-1997гг) было морфологически исследовано 163 новообразования, удаленных микроларингохирургическим методом. Морфологический спектр встречавшейся патологии определялся особенностями строения истинных голосовых складок. Слизистая оболочка голосовых складок, будучи покрыта многослойным плоским эпителием в отличие от других отделов гортани и дыхательного тракта, более надежно предохраняется от повреждений при смыкании их. Когда, в силу внешних или внутренних причин, защитная функция многослойного плоского эпителия снижается, развивается хронический воспалительный процесс, клинически характеризующийся как гиперпластический ларингит. Чаще других встречается хронический гиперпластический ларингит, сопровождающейся простой гиперплазией многослойного плоского эпителия с акантозом (38; 71,7%), а также случаи с различной степенью выраженности дисплазии эпителия (8; 15,1%). На пути превращения нормального эпителия голосовых складок в раковый в ходе его малигнизации фиксировался ряд морфологических состояний: гиперплазия базального эпителия, дисплазия, карцинома *in situ*. Для определения клинической тактики существенно важно, что простая гиперплазия и дисплазии различной степени

выраженности могут быть обратимыми и лишь карцинома *in situ* с неизбежностью приводит к инвазивному росту опухоли. Поэтому при резко выраженной дисплазии (3; 5,7%) предметом особого внимания была морфологическая дифференциальная диагностика тяжелой дисплазии и преинвазивного рака с целью определения правильной тактики лечения этого опасного для больного состояния. Карцинома *in situ* была выявлена в 6 (11,3%) случаях у больных с клиникой хронического гиперпластического ларингита. Иногда к моменту хирургического вмешательства процесс малигнизации плоского эпителия продвигался еще дальше и можно было наблюдать начало инвазивного роста плоскоклеточного рака (1; 1,9%).

Инвазивные плоскоклеточные раки в основном средней и высокой степени дифференцированности наблюдались в 36 (12,9%) случаях. Переходноклеточный рак - в 1 (0,4%).

Потенциально опасными в плане малигнизации являются плоскоклеточные папилломы гортани. Из 63 исследованных морфологически случаев плоскоклеточных папиллом в 12 (19,0%) отмечались явления очаговой дисплазии эпителия различной степени выраженности, в том числе в 5 (7,9%) случаях - дисплазии эпителия тяжелой степени. В 4,8% от общего количества наблюдавшихся случаев малигнизация эпителия папиллом достигала степени преинвазивного рака.

Из других эпителиальных опухолей наблюдались аденокистозные и мукоэпидермоидные карциномы (2; 0,7%), гистогенетически связанные с железистым эпителием. Источником их развития служили слизистые железы, в большом количестве встречающиеся в области желудочков гортани.

Из доброкачественных опухолей мезенхимального происхождения был отмечен единственный случай капиллярной гемангиомы голосовой складки.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о разнообразии патологии, встречающейся в области голосовых складок. Наибольший интерес могут представлять маскирующиеся под доброкачественный процесс преинвазивные и начальные инвазивные стадии злокачественных опухолей, требующих расширения объема вмешательства.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

О.В. Коркушко, Л.И. Коваленко, Е.А. Дзизинская.

Институт геронтологии АМН Украины, Киев

Вопросы выбора методов лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных старших возрастных групп остаются актуальными до настоящего времени.

Нами изучены патогенетические аспекты развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста, определена роль хеликобактерной инфекции и разработаны дифференцированные лечебные подходы у этой группы больных.

Проведено обследование и лечение 67 больных (39 мужчин и 28 женщин), страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 60 до 75 лет, находящихся на лечении в терапевтической клинике Института геронтологии АМН Украины. Длительность заболевания обследованных больных превышала 10 лет.

Применялись диагностические методы: динамическая фиброгастроуденоскопия с периодичностью 1 раз в 3 недели в процессе лечения; интрагастральная рН-метрия, определение *Helicobacter pylori* гистологически в мазках-отпечатках с окраской по Гимзе и биохимически при помощи Де-нол теста (Yamanochi-Лайдердорп Нидерланды).

Эндоскопическая картина изучаемой гастродуоденальной патологии у больных пожилого и старческого возраста характеризовалась преобладанием язвенных дефектов большого размера с медленной тенденцией к эпителизации. При этом выявлялся диффузный характер воспалительных и сосудистых реакций слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием атрофических изменений и геморрагий различной степени выраженности.

Отмечены особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста, характеризующиеся атипичным течением. Клиническая картина характеризовалась гастритическим-диспепсическим безболевым синдромом с менее выраженной сезонностью заболевания. Отмечено понижение объема желудочной секреции при некотором снижении базальной кислотности желудочного содержимого. Выявлена высокая степень инфицированности *Helicobacter pylori* больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии обострения (до 85% наблюдений).

Анализ литературных данных и результаты собственных исследований дают основания считать, что атипичность клинической картины язвенной болезни в пожилом возрасте обусловлена возрастным изменением структуры и функции секреторного аппарата желудка в сочетании с нарушениями гемодинамики, микроциркуляции, атеросклеротическим поражением сосудов с проявлениями тканевой гипоксии. Большое значение в клинических проявлениях гастродуоденальной патологии у больных пожилого и старческого возраста имеет также снижение показателей гуморального иммунитета, антиоксидантной активности, нарушения обмена веществ, недостаток витаминов, в особенности группы В, регулирующих процессы тканевого метаболизма.

Учитывая эти особенности клинического течения нами применены комплексные лечебные методы в зависимости от клинических проявлений заболевания. Базисная терапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста включала в себя традиционную схему лечения с применением комбинированных антихеликобактерных препаратов; ингибиторов желудочной секреции под контролем рН-мониторирования; антацидных препаратов “по требованию”. Считали так же целесообразным включение в схему лечения средств улучшающих обменные, репаративные процессы, реокорректоры, антиоксиданты (витамин Е), поливитаминные препараты, содержащие группу В.

В комплексе метаболической терапии была включена пищевая добавка “Каротин 40”, представляющая собой стерилизованный коагулят каротин-белкового комплекса с концентрацией В-каротина 40 мг в 100 г продукта. Препарат применялся в соответствии с нормами физиологической потребности в суточной дозе 4-6 г.

Применяемая нами комплексная терапия язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста в сочетании с метаболической терапией оказала положительное влияние на тканевые обменные процессы, позволила ускорить у 56 больных (83,5%) средние сроки заживления язвенного дефекта с 21 до 17 дней и улучшить результаты лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.Б. Короленко, А.Г. Гаращук

**Национальный медицинский университет, Дорожная клиническая больница N 1,
г.Киев**

Проанализированы результаты диагностики и лечения 83 полипов толстой кишки, выявленных на 1000 колоноскопий. Из них 50 наблюдалось у мужчин и 33 у женщин. Ворсинчатых полипов выявлено 20 (24,1%). Полипы выявлялись у больных всех возрастных групп, но подавляющее большинство (66%) после 50 лет. В левой половине толстой кишки выявлено 71% полипов.

Из клинических проявлений больных беспокоили: тяжесть в животе, дисфункции толстой кишки, слабость, кровянистые и слизистые выделения из прямой кишки. Обильные слизистые выделения являются патогномоничными для ворсинчатых полипов. Решающее значение для диагностики полипов имеет фиброгастро- и фиброколоноскопия. Перед фиброколоноскопией обязательно выполняли ректороманоскопию. Считаем необходимым при выявлении полипов толстой кишки выполнять эзофагогастродуоденоскопию, а при выявлении полипов желудка проводить фиброколоноскопию.

Всего проведено 83 эндоскопических полипэктомий из толстой кишки. Было удалено 63% полипов на тонкой ножке и 37% на широком основании. Диаметр полипов колебался 0,5 до 3 см. У 87% больных примерно 1-2 см. Считаем, что эндоскопическая полипэктомия должна проводиться стационарным больным. После удаления полипы подвергались патгистологическому изучению. Тубулярные аденомы встречались у 41,1% больных. Раковые клетки (аденокарцинома) были обнаружены на верхушке 4 удаленных полипов. Полипэктомии проводились методом электроэксцизии диатермической петлей, что позволяет выполнить гистологические исследования всей опухоли. При подозрении на малигнизацию радикализм обеспечивается захватыванием в петлю прилегающей слизистой оболочки. При этом за счет распространения зоны коагуляционного некроза в сторону слизистой оболочки происходит полное уничтожение основания полипа и прилегающей к нему слизистой. При больших ворсинчатых опухолях, занимающих до полуокружности кишки, локализующихся на расстоянии 10-12 см. от ануса, на опухоль набрасывается петля. Затем больной направля-

ется в операционную. Под общим обезболиванием опухоль низводилась в анальный канал и удалялась оперативным путем.

У 2 больных возникло кровотечение в ближайшие сроки после эндоскопической полипэктомии, которое остановлено коагуляцией. Других осложнений не было.

Рецидив полипов наблюдался у 1,2% больных, которым проводилась также эндоскопическая полипэктомия. Больным с полипами толстой кишки фиброколоноскопия должна проводиться один раз в год.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЫ И РАКА ЖЕЛУДКА С ПОМОЩЬЮ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

В.Н. Короткий, Н.Ф. Фурманенко, И.В. Колосович

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Наиболее информативной методикой в постановке диагноза язвы или рака желудка остается фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с полипозиционной биопсией участков изъязвления. Многочисленные литературные данные последних лет указывают на то, что малигнизация хронической язвы желудка происходит крайне редко. Высокая частота “озлокачествления” язвы связаны со сложностями дифференциальной диагностики собственно язвы желудка и рака. При этом первично-язвенные формы рака желудка нередко трактовались как хронический воспалительный процесс, а противоязвенное лечение приводило к рубцеванию опухоли, что нередко расценивалось как критерий доброкачественности “язвы”. В то же время выявление при ФГДС язвенного дефекта с неправильными контурами больших размеров нередко давало основание врачам-эндоскопистам выставлять диагноз “ulcus-tumor”. Патогистолог, учитывая подозрения эндоскописта, в сложных для морфологической диагностики ситуациях нередко склонялся к диагнозу “рак”. Все это приводило к необоснованному превышению объемов резекции желудка.

Задачей настоящего исследования было изучение с помощью ФГДС с биопсией у больных с язвенной болезнью желудка и раком желудка изменений со стороны собственно изъязвления, а также участков слизистой оболочки, отличающихся микроскопически от других. Мы поддерживаем точку зрения А.А.Шептулина (1995) о том, что чем больше язвенный дефект, тем меньше опасность озлокачествления язвы. В настоящее время выделена достаточно обширная группа предраковых состояний, наиболее существенным из которых счита-

ем атрофический гастрит (АГ), на фоне которого развиваются кишечная метаплазия (КМ) и эпителиальная дисплазия (ЭД). Нами отмечено, что КМ (1-3 типов) одинаково часто сопровождает как язву желудка, так и рак, являясь доброкачественным процессом. Хотя следует отметить, что роль КМ 3-го типа (толстокишечной) в канцерогенезе желудка требует дальнейшего изучения. Что касается ЭД, данный патологический процесс предшествует развитию рака, существуя при этом достаточно долго (до 10-15 лет), подвергая нередко под влиянием консервативного лечения обратному развитию. Характерно, что при выявлении ЭД у больных с язвенной болезнью желудка, диспластические изменения у них отмечаются на значительном отдалении от хронической язвы, что может рассматриваться как самостоятельно возникший патологический процесс (рак на фоне язвы). Таким образом канцерогенез хронической язвы желудка сомнителен. Для постановки диагноза язва-рак желудка необходимо использование ФГДС с полипозиционной биопсией не только язвы, но находящихся на значительном отдалении от нее участков АГ. Выявление при морфологическом исследовании КМ 3 типа, ЭД при безуспешности консервативного лечения следует трактовать как предраковое состояние, требующее хирургической коррекции.

К МЕТОДИКЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ю.С. Кохно, А.И. Гоженко

Государственное предприятие “Украинский научно-исследовательский институт морской медицины”, г.Одесса.

Существует ряд методик купирования болевого синдрома при желчной колике. Среди большого выбора способов медикаментозного купирования желчной колики ряд хирургов применяли субксифоидную новокаиновую блокаду, или блокаду круглой связки печени. Однако из-за возможных осложнений, а также трудности исполнения данная методика широкого применения в практике работы хирургических и гастроэнтерологических стационаров не получила.

Нами разработана эндоскопическая методика купирования желчной колики после того как у 23 больных желчекаменной болезнью на вершине желчной колики обычное введение лекарственных препаратов не дало ожидаемого результата, нами была проведена эндо-

скопическая терапия различными спазмолитическими препаратами в сочетании с новокаином.

Для этой цели через панэндоскопы Olympus GIF Q20, а также Olympus JF20, к области Фатерова соска проведен иньектор NM 1K и циркулярно произведены три, четыре иньекции раствором 0,5% новокаина и 2% но-шпы, 0,5% новокаина и 2% спазмалгона.

В результате введения спазмолитических препаратов в сочетании с новокаином у 6 больных приступ желчной колики был купирован и в дальнейшем не повторялся, у 12 больных удалось добиться значительного состояния и стойкого уменьшения болей и у 5 больных наступившее облегчение было непродолжительным и вскоре приступ желчной колики повторился.

Исходя из выше сказанного, можно предположить, что эндоскопическое купирование болевого синдрома у больных желчекаменной болезнью является эффективным методом терапии в комплексном лечении данного заболевания, а также в подготовке больного к оперативному вмешательству по поводу камней желчного пузыря и протоков.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

К.В Кузнецов, Г.С.Бойко

Научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

МОЗ Украины , г.Киев

Современная эндоскопия обладает широкими возможностями диагностики заболеваний, дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений, определения прогноза болезни и выбора индивидуальной тактики лечения, контроля за эффективностью медикаментозного лечения, планирования вида и объема хирургических операций, проведения эндоскопических операций.

В отделении эндоскопической диагностики Украинского НИИ онкологии и радиологии за период с 1995 - 1997 гг. было проведено 16365 эзофагогастродуоденоскопий. Выявлен рак желудка в 5167 случаях, лимфома желудка в 81 случае, карциноид желудка в 10 случаях, сифилис желудка в 18 случаях, полипы желудка в 449 случаях, воспалительные и эрозивно-язвенные процессы в 10640 случаях.

Рак желудка является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний в Украине и других странах.

В последние годы успехи лечения больных раком желудка связаны с применением новых методик лучевой и химиотерапии, лучевой терапии в сочетании с локальной СВЧ - гипертермией и хирургическим методом, внутриаартериальной полихимиотерапии, внутрибрюшной полихимиотерапии, эндолимфатической полихимиотерапии в сочетании с другими методиками лечения.

Актуальность проблемы обусловлена тем, что лечение больных раком желудка попрежнему является сложным в связи с неблагоприятным клиническим прогнозом. Более половины больных (50-75%) попадают в специализированные онкологические клиники в таком состоянии, когда оказать им радикальное лечение уже невозможно.

В отделении эндоскопической диагностики УНИИОР было проведено лечение методом интратуморальной эндоскопической химиотерапии (ИТХТ) у 156 больных раком желудка в возрасте от 50 до 86 лет, 89 мужчин и 67 женщин. Диагноз морфологически верифицирован у всех больных.

Большое значение в эффективности интратуморальной химиотерапии имеет принцип подбора больных. При подборке больных для лечения химиотерапевтическими препаратами необходимо учитывать следующие принципы: лечение больных можно проводить только лишь в тех случаях, когда состояние больных раком желудка не удастся улучшить ни одним из ранее известных методов лечения.

Для изучения роли ИТХТ сформированы 4 группы больных раком желудка, которым в связи с сопутствующей патологией противопоказано оперативное лечение.

В первую группу вошли 49 больных раком желудка, которым производили ИТХТ с СВЧ - гипертермией.

Во вторую - 31 больной с кардиоэзофагеальным раком, которым выполнена ИТХТ с СВЧ - гипертермией и лучевой терапией.

В третьей группе было 39 больных, которым в связи с противопоказанностью СВЧ-гипертермии, ИТХТ проводилась предварительно подогретым препаратом до 60⁰ С. Включенные в четвертую группу 37 больных раком желудка плучали внутривенную химиотерапию как самостоятельный метод лечения.

ИТХТ проводилась следующим образом. Во время фиброгастроскопии в инструментальный канал эндоскопа вводили зонд - катетер с иглой, в дистальный конец которого была вмонтирована медь - константовая термопара. Выполнялось прицельное введение

химиопрепаратов в ткань опухоли и подслизистый слой оболочки желудка вокруг опухоли на расстоянии 1 см. Применялись химиопрепараты 5-фторурацил (разовая доза 500-750 мг, курсовая 5-8г), митомицин С (в разовой дозе 2-4мг, курсовой 12-20мг), циклофосфан (разовая 400мг, курсовая 4,0-6,0).

Курсы ИТХТ проводили 5-фторурацилом в сочетании с митомицином С или циклофосфаном, с последующим чередованием комбинации химиопрепаратов. Инъекции проводили с интервалом 1-2 дня. Повторные курсы выполняли через каждые 3 месяца на протяжении жизни больного, при этом курсовые дозы 5-фторурацила, циклофосфана и митомицина С составляли соответственно 3,0-4,0 и 12мг.

Непосредственные результаты ИТХТ с локальной СВЧ-гипертермией оценивались во время проведения каждого курса и после окончания первого курса с помощью рентгенологических, эндоскопических и морфологических данных.

При рентгенологическом исследовании, проведенном у 119 больных 1-3 групп после окончания первого курса лечения отмечено уменьшение степени инфильтрации желудка, уменьшение размеров опухоли, улучшение пассажа контрастной массы по желудку, усиление перистальтики желудка, в то время как после внутривенной химиотерапии таких изменений не наблюдалось.

При эндоскопическом исследовании отмечалось появление участков некроза в местах введения химиопрепаратов, уменьшение размеров опухоли, уменьшение инфильтрации, очищение дна язвенных дефектов и появление грануляционной ткани по краям.

В первой группе 49 больных в срок 9-12 месяцев от начала первого курса отмечена полная регрессия опухоли у 7 (14,3+5,0%) больных. У всех больных в этой группе отмечено уменьшение перифокального воспаления, инфильтрации по периферии опухоли, очищение язвенной поверхности от некротических масс. Во второй группе 31 больной в срок 9-12 месяцев полной регрессии опухоли не наблюдалось, частичная регрессия отмечена у 15 (48,3+8,9%) больных. В третьей группе 39 больных полная регрессия наблюдалась у 22 (46,2+8,0%) больных. В четвертой группе таких изменений в те же сроки не наблюдалось.

Явления интоксикации во второй группе были более выражены, чем в первой и третьей, однако менее выражены, чем в четвертой.

Динамика лабораторных показателей (общие клинические показатели крови и мочи, биохимические исследования крови) во время и после лечения не изменялись за исключением больных 4 группы, которые получали внутривенную химиотерапию.

Результаты морфологического исследования объективно свидетельствуют о развитии в аденокарциномах необратимых изменений, что сопряжено с достоверным уменьшением объема содержания в них жизнеспособного опухолевого (эпителиального) элемента (соотношение индексов девитализации 77,8/50,9 равно 1,53).

Отдаленные результаты разработанных методов лечения определялись по уровню 3-летней выживаемости. Началом отсчета служила дата начала лечения. Для расчета показателей использовался актуриальный метод. При этом установлены следующие особенности выживаемости больных, входящих в группы, включенные в исследование. Наиболее высокий уровень трехлетней выживаемости был в группе, где применялась ИТХТ с СВЧ-гипертермией (54,5+9,7%). Такой результат свидетельствует о возможности достижения для неоперабельных больных уровня выживаемости, сравнимого с достигаемым при применении всего комплекса методов специального лечения рака желудка. В порядке снижения показателей выживаемости группы распределились следующим образом: группа больных, где применялась ИТХТ с СВЧ-гипертермией, группа больных, получавших при проведении ИТХТ, нагретый до 60 С. химиопрепарат; группа больных, получавших ИТХТ с локальной гипертермией и лучевой терапией; группа больных, которым проводилась внутривенная химиотерапия.

Таким образом, показана реальная возможность лечения больных раком желудка в тех случаях, когда невозможно провести оперативное лечение основного заболевания. Результаты проведения ИТХТ свидетельствуют, что данный метод в сочетании с локальной СВЧ-гипертермией, лучевой терапией или предварительно нагретым химиопрепаратом существенно продлевают жизнь больных по сравнению с внутривенной химиотерапией, а также с ИТХТ без гипертермии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «АТРОВЕНТ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БРОНХОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ

В.А. Кузьменко, А.З. Новак, О.В. Грунина, К.О. Чебанов.

Городской детский эндоскопический центр, детская городская больница N 2.

В детском эндоскопическом центре при проведении бронхологических исследований (бронхоскопий) под местным обезболиванием у детей от 5 до 15 лет с заболеваниями брон-

холеговой системы (хронические пневмонии, рецидивирующие бронхиты, бронхиальная астма) мы начали применять за 30 минут до исследования препарат “Атровент” (антихолинэргический дозированный препарат - фирма “Берингер Ингельхайм”) с целью профилактики спазма бронхов за счет подавления рефлекторной бронхоконстрикции, связанной с влиянием блуждающего нерва.

Были взяты 2 группы детей по 20 человек:

- 1 группа получила “Атровент”,
- 2 группа не получила данный препарат.

У детей обеих групп с помощью пикфлоуметра фирмы “Берингер Ингельхайм” до и после исследования оценивался объем форсированного выхода.

В группе детей, получивших “Атровент” при проведении бронхоскопии не возникал бронхоспазм, падение объема форсированного выхода было незначительным (5-10% от первоначальных данных). В группе детей, не получавших данный препарат, у 2 детей были явления бронхоспазма, что соответствует 10% от общего количества детей данной группы, падение объема форсированного выхода было на 18% от первоначальных данных.

ВЫВОДЫ:

1. Применение “Атровента” способствовало предупреждению спазма бронхов при проведении бронхоскопий.

2. У детей, получавших “Атровент” при бронхоскопиях, гиперреактивность бронхов увеличивалась меньше, чем у пациентов, не получавших данный препарат, что позволяет проводить бронхоскопии у детей с бронхиальной астмой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: рекомендовано применение ингаляционного препарата “Атровент” при проведении эндоскопических исследований бронхиального дерева.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОВОЛНОВОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.П. Кузьменко, А.В. Тофан, Г.С. Бойко, В.Н. Бобокал.

Научно-исследовательский центр квантовой медицины “Відгук”,

кафедра онкологии Киевской академии последипломного образования,

Киевский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Киев.

Проведена эндоскопическая оценка результатов лечения эрозивно-язвенных поражений желудка и 12 перстной кишки у 486 больных с использованием микроволновой резо-

нансной терапии (МРТ). Возраст пациентов от 16 до 50 лет. Мужчин - 296 , женщин 190. У 258 больных (53,08%) выявлены эрозивные процессы в желудке и луковице 12 перстной кишки, у 192 пациентов (39,5%) - язвы луковицы 12 перстной кишки и у 36 (7,41%) язвы тела желудка. Лечение проводилось с помощью серийных генераторов АМРТ-01, АМРТ-01, “Ария”, “Порог”. Курс лечения составлял 6-10 сеансов в зависимости от размера патологических процессов с экспозицией воздействия от 10 до 20 минут. Эндоскопический контроль до и после лечения проводили аппаратами фирмы “Olympus”.

Установлено, что у больных с эрозивными процессами в желудке и луковице 12 перстной кишки эпителизация поражений слизистой происходит в среднем от 4 до 8 суток с начала лечения. Следует отметить, что наблюдаемый терапевтический эффект при применении МРТ отмечался в случаях острых эрозий. При наличии полных (истинных) эрозий терапевтический эффект практически отсутствовал

При язвах луковицы 12 перстной кишки размером до 5 мм МРТ приводила к полной эпителизации слизистой оболочки за 5-7 дней. В случаях язвенного поражения слизистых от 6 до 10 мм полная эпителизация наступила через 10-14 суток. При наличии язвенного дефекта размером свыше 10 мм эпителизация слизистых отмечалась через 14-18 суток. Сроки ремиссии от 0,5 до 3 лет и зависели от провоцирующих факторов.

При наличии язвенного поражения слизистых желудка диаметром до 7 мм полная эпителизация поражения происходила через 9-15 суток с использованием МРТ. Язвенные дефекты размером свыше 10 мм эпителизовались в среднем через 2,5-3 недели. В случае каллезных язв требовалось комбинированное лечение с использованием препаратов противомикробной терапии длительностью не менее 3-4 недель. Как правило, в комбинации с МРТ применяли препараты висмута, антибиотики тетрациклинового ряда, трихопол. Период ремиссии длился от 0,5 года до 4 лет.

Таким образом можно заключить, что применение МРТ является эффективным методом лечения язвенной болезни как при самостоятельном использовании, так и в комбинации со специальными методами лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ МАЛОГО ЖЕЛУДОЧКА

А.С. Лаврик, Е.Д. Бурый, Е.Д. Фурманенко.

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г. Киев

В последние годы довольно быстрыми темпами развивается хирургия ожирения. Наибольшее распространение получила методика формирования малого желудка (ФМЖ) или Gastric banding».

Результаты операции во многом зависят от тех изменений, которые происходят в оперированном органе, а эти вопросы изучены недостаточно.

В клинике института клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины с 1992 по 1998 годы выполнено 35 операций (ФМЖ). Вес больных составлял от 160 до 185 кг. Индекс массы тела (ИМТ) превышал 60 кг/м².

Эндоскопическое исследование желудка проводилось эзофагофибродуоденоскопом GIF 1 T-10 фирмы «Olympus» Япония, в сроки от 1 до 3 лет после операции. При этом у 52,3% обследованных больных имели место явления хронического эзофагита. Слизистая оболочка «малого» желудка была умеренно гиперемирована без эрозивных изменений. Соустье между «малым» и «большим» желудка свободно проходимо для эндоскопа и визуально имело сходство с пилорическим жомом. Эрозивно-язвенных изменений в области соустья не выявлено. Слизистая оболочка «большого» желудка у 28,3% обследованных была гиперемирована, а у 8,5 % с единичными эрозиями. Рефлюкс дуоденального содержимого в желудок выявлен у 3,5% обследованных пациентов.

При эндоскопическом исследовании всем обследованным больным проводилась прицельная гастробиопсия. Биоптаты брались из слизистой оболочки «малого» и «большого» желудка. При гистологическом исследовании у 78,7% имелся хронический гастрит без перестройки желез. У 21,3% - поверхностный гастрит.

Определение кровотока в слизистой оболочке желудка выполняли при эндоскопическом исследовании непосредственно под детектором гамма-камеры (Pho- Gamma-1У США). С помощью инъектора через канал эндоскопа в подслизистую оболочку антрального отдела желудка вводили радионуклид ¹¹³In-индий в количестве 15-20 МБк в объеме 1,0-2,0 мл фи-

зиологического раствора хлорида натрия. Регистрация распространения изотопа из созданного депо осуществлялась с помощью ЭВМ («Саори» - Украина). Клиренс препарата происходит по экспоненциальной кривой пропорционально скорости кровотока. Уменьшение активности радионуклида в подслизистом депо характеризуется периодом полувыведения. При этом кровотоки слизистой оболочки желудка составлял $36 + 2,8$ мл/мин (норма - $40,1 \pm 5,7$ мл/мин). Нами не было отмечено снижение кровотока в области наложенной манжеты.

Эндоскопическое исследование в комплексе с радионуклидными методами диагностики позволяет объективно оценить морфофункциональное состояние желудка после операции ФМЖ. Операция ФМЖ не приводит к тяжелым морфофункциональным нарушениям слизистой оболочки желудка.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПРОТЯЖЕННЫХ ПОСЛЕОЖОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

**Л.М. Леванчук (Мяукина), А.В. Филин, А.Л. Ендреев, Ф.Р. Каримова, Ю.Ю. Зубовский
Ленинградская областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург**

Метод бужирования рубцовых послеожоговых стриктур пищевода, предложенный Э.Н.Ванцяном и Р.А.Тощакковым в 1965 году, применяется в Ленинградской областной клинической больнице с 1994 года. За этот период выполнено более 1300 бужирований 67 пациентам с этой патологией. Преобладающее число пациентов (22 мужчин и 20 женщин) находились в наиболее трудоспособном возрасте - от 26 до 55 лет.

В большинстве случаев (53 человека) химическая травма возникла при ошибочном приеме реактива и отсутствии самоконтроля в состоянии алкогольного опьянения. Пациенты поступали в клинику в сроки от 1 месяца до 1 года и более после химического ожога, с жалобами на дисфагию, потерю веса, гиперсаливацию, слабость.

У 13 пациентов имела место полная дисфагия, связанная, как правило, с крайне малым (0,1-0,3 см) диаметром стриктуры по причине рубцовых изменений, воспалительной реакции и эзофагоспазма,

Больным в условиях хирургического стационара проводился курс бужирования по общепринятой методике с использованием металлической струны - направителя и примене-

нием Rg-контроля, так как в 48% случаев (32 пациента), было диагностировано поражение пищевода на значительном протяжении:

- 21 больной с протяженностью 6-10 см;
- 11 пациентов с протяженностью от 11 до 22 см.

Проведения струны-направителя в таких случаях было если и выполнимо, то достаточно травматично и опасно.

Необходимость консервативного ведения данной группы больных вызывает противоречивые суждения прежде всего по причине малой эффективности и продолжительности лечения. Но:

- высокий риск оперативного вмешательства и значительный процент осложнений с неизбежной инвалидизацией больных;
- отказ от операции;
- наличие тяжелой сопутствующей патологии, являющейся противопоказанием к хирургическому вмешательству;
- социальный статус больных (хроническая алкогольная интоксикация);
- экономические факторы -

привели нас к необходимости применения простого по выполнению, восстанавливающего питание пациента естественным путем за короткий промежуток времени, метода эндоскопического бужирования.

Для большей безопасности применена модифицированная методика с использованием сосудистого проводника. Показаниями к этому прежде всего явились протяженные стриктуры со сложным ходом канала, множественностью сужений, эксцентричным расположением просвета и наличием псевдодивертикулов.

С внедрением данной методики появилась возможность сократить количество сочетанных Rg-эндоскопических вмешательств, уменьшить лучевую нагрузку на пациента и врача, выполнять бужирование преимущественно амбулаторно (за исключением случаев обращения тяжелых больных).

За последние 1,5-2 года Rg -контроль выполняется лишь при первом бужировании с целью диагностики локализации, протяженности, степени сужения просвета и смещаемости стенок пищевода.

Считаем оправданным и эффективным применение дополнительных к бужированию методов лечения (магнитотерапии, электрофореза с аминокaproновой кислотой, УФО-крови, сеансов гипербарической оксигенации), действие которых направлено на устранение мест-

ных воспалительных проявлений и сопутствующего им болевого синдрома, неизбежно усугубляющихся при бужировании.

Комплексное лечение дало возможность у всех больных избежать наложения гастростомы и восстановить естественный путь питания.

В период освоения эндоскопического метода бужирования в 2 случаях возникла перфорация пищевода (больные оперированы, в настоящее время 1- на поддерживающем бужировании, 2-й в состоянии стойкой ремиссии).

Наши результаты подтверждают данные о том, что степень проявления дисфагии у больных в сроки от 1 до 6 месяцев связаны не только с рубцовыми изменениями, но и отеком и эзофагоспазмом, снижающимися или исчезающими в последующем.

Таким образом, соблюдение принципов поддерживающего бужирования явилось профилактикой рестенозирования и позволило в течение 1,5-3 лет достичь стойкой дилатации просвета пищевода в области стриктуры или добиться увеличения промежутков между рецидивами, а предложенный метод бужирования с применением сосудистого проводника является наиболее щадящим, эффективным и экономически оправданным.

ЛАЗЕРНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ КАК МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ПОЛИПАХ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В ТРУДНО ДОСТУПНЫХ УЧАСТКАХ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

В.Ф. Левин, В.Т. Михно, Д.С. Губанов, В.О. Гайдуков, Т.А. Журавлева, Д.А. Ковалев.

Донецкий областной диагностический центр

Эндоскопические полипэктомии имеют ряд преимуществ перед расширенными хирургическими вмешательствами. На оперированных по Бильрот-2 желудках мы наблюдали полипы, расположенные в трудно доступных для осмотра и взятия биопсии полипы. В двух таких случаях при полипах на широком основании до 0,8 см в диаметре мы использовали хирургический лазер "MEDILAS 4100" с длиной волны 1,064нм. Предпочтение отдано лазеру вследствие меньшей вероятности повреждения эндоскопом и прилегающих тканей. Оперативные вмешательства выполнялись в режиме Фибертома контактным способом при мощности лазерного излучения 30-40 вт. Вмешательства выполнялись эндоскопом GIF-Q-10 фирмы "OLYMPUS" после премедикации 0,1 % р. атропина гидрохлорида с анестезией ротоглотки 2 мл 2%р. лидокаина гидрохлорида после подтверждения доброкачественности процесса гистоморфологическим исследованием. Через 2 дня после оперативных вмеша-

тельств выполнялись контрольные ЭГДФС. На месте полипов определялась гладкая, умеренно гиперемированная, не выступающая над окружающими тканями слизистая.

Выводы: лазерные эндоскопические операции показаны при доброкачественных новообразованиях в “трудно доступных” для осмотра и манипулирования отделах ранее оперированных органов желудочно-кишечного тракта, как более щадящие, относительно простые технически, выполняемые в амбулаторных условиях.

ОПЕРАТИВНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В.Ф. Левин, В.О. Гайдуков, В.Т. Михно.
Донецкий областной диагностический центр

В современной онкологии одно из ведущих мест в диагностике и лечении опухолей занимают эндоскопические методы исследования. Среди доброкачественных опухолей желудка и толстого кишечника особое внимание уделяется полипам, что связано с частотой их распространения и склонностью к злокачественному перерождению. Так по отношению к карциномам желудка полипы составляют от 1,2 до 5,9%. Полипэктомия может быть показана всем больным с одиночными и множественными полипами желудка и толстого кишечника, если нет противопоказаний к эндоскопическому вмешательству. Абсолютными показаниями к проведению полипэктомии через эндоскоп являются: 1. Полипы, подозрительные на малигнизацию; 2. изъязвленные полипы; осложнившиеся кровотечением; 3. одиночные и множественные полипы с выраженной клинической картиной болезни; 4, одиночные и множественные растущие бессимптомные полипы. Полипэктомия во всех случаях является не только лечебной, но и диагностической процедурой.

Верификация визуальной картины производилась гистологическим исследованием удаленного полипа. Эндоскопическая полипэктомия, на наш взгляд, показана при всех видах полипов, если ее можно выполнить без риска вызвать тяжелые осложнения. В отделе эндоскопических исследований, за прошедший год выполнено при ЭГДС 163 эндоскопических

полипэктомии, при колоноскопии - 112 эндоскопических полипэктомий. Полип в пищеводе выявлен у 14(8,6%) пациентов, в теле желудка - 67(41%), в антральном отделе - 73(44,8%), двенадцатиперстной кишке - 9 (5,5%). В сигмовидной кишке у 51 (45,5%) пациентов, в нисходящей ободочной кишке - 29(25,9%), поперечно-ободочной-18(16,1%), восходящей ободочной-7 (6,25%), слепой кишке - 7 (6,25%). Все больные были разделены на 3 группы. Первая группа больных с полипами на широком основании, в D более 0,5 см - 120(43,6%). Вторая группа больных с полипами на ножке - 135 (49,1%). Третья группа больных с плоскими полипами на широком основании - 20(7,3%). При гистологическом исследовании чаще встречались гиперпластические и железистые полипы. У больных третьей группы гистологически определялись аденоматозные полипы. Перед эндоскопической полипэктомией учитывались данные ЭГДС, колоноскопии, цитологии, гистологии, общего анализа крови, коагулограммы, группы крови, резус-фактор, ЭКГ, общее состояние больного. У больных первой и второй групп эндоскопические операции проводились на электрохирургическом блоке PSD-10 фирмы Olympus, а у больных третьей группы с помощью Nd:YACu laser, мощностью 60 Вт, фирмы MBV. Больным перед полипэктомией пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки проводилась специальная медикаментозная подготовка. В качестве премедикации мы применяли 5 мл баралгина в/в и 0,5 мл 0,1% раствора атропина. За 5 мин до полипэктомии 1 таблетку (0,05) сибазона под язык. Пациентам с лабильной психикой дополнительно вводили 2 мл седуксена внутримышечно. Цель премедикации - не только уменьшение болевых ощущений и подавление секреции, но и снижение перистальтической активности желудка и двенадцатиперстной кишки. Для местной анестезии зева мы применяли 10% раствор лидокаина. Премедикация при эндоскопической полипэктомии на ободочной кишке не проводилась. Электроэксцизию полипов на широком основании делали чаще в смешанном режиме, 4-4,5 усл.ед. Полипы на короткой, тонкой ножке, при D головки до 1,5 см, эксцизию чаще проводили в режиме коагуляции, 3,5-4 усл.ед. Полипы на длинной, толстой ножке, при D головки до 2,5-3 см, удаляли в 2 этапа. В первый день проводилась коагуляция ножки, отступая от основания полипа до 1,0 см. Во второй день проводилась электроэксцизия полипа. Ожоговый струп обрабатывали олазолем, левовинизолем, аеколом, маслом шиповника. При использовании фибертома фирмы MBV фотокоагуляция проводилась при мощности 20-40 Вт, в режиме фибертома. Полипы коагулировались до границы со здоровой тканью. В день фотокоагуляции полип становился белого цвета и через 3-4 дня на месте полипа определялся ожоговый струп. В двух случаях эндоскопическая полипэктомия осложнилась кровотечением. Кровотечение было остановлено с помощью хладагентов, электрохи-

рургического блока. Лечебная эффективность эндоскопической полипэктомии оценивалась при контрольных динамических осмотрах. Рецидивы полипов были отмечены в 2-х случаях при контрольных ЭГДС, через 6 месяцев, после удаления гиперпластических полипов антрального отдела желудка.

В ы в о д ы :

1. Эндоскопическая полипэктомия имеет значительно меньше осложнений, чем операция.
2. Эндоскопическая полипэктомия является эффективным, современным методом лечения полипов желудочно-кишечного тракта.
3. Эндоскопическая полипэктомия в сочетании с морфологическим исследованием играет большую роль в профилактике раков желудочно-кишечного тракта.

ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧЕВОЇ ПРОТОКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК.

О.М. Литвиненко, М.Д. Сьомін, С.І. Щербина.

Інститут клінічної та експериментальної хірургії АМН України

Проведено аналіз обстеження та лікування в клініці Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України 76 хворих із стенозом загальної жовчевої протоки, котрий виник на тлі хронічного первинного та вторинного біліарного панкреатиту. У 60 пацієнтів була фіброзно- дегенеративна форма захворювання, у 5 -кальцинозна, у 11 - кіста підшлункової залози. Підвищення рівня білірубину крові мало місце у 43% хворих.

В процесі діагностики використовували ультразвукову діагностику (УЗД) та комп'ютерну томографію (КТ) органів черевної порожнини, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ), черездренажну холангіографію, лабораторні методи дослідження. При встановленні діагнозу також враховували дані інтраопераційної ревізії гепато-панкреатодуоденальної зони.

Ультразвукова картина при даній патології характеризувалася різним ступенем прстенотичного розширення жовчевих шляхів та специфічними для хронічного панкреатиту чи кісти змінами підшлункової залози. Ефективність цього методу становила 83% і приблизно відповідала ефективності КТ - 81%.

Характерними змінами панкреатохолангіограм при цій патології рахуємо наявність стрілоподібного звуження інтрапанкреатичного відділу загальної жовчевої протоки, як правило, в поєднанні із змінами протоки підшлункової залози у вигляді стенозу, наявності «ланцюга озер» чи інших ознак хронічного панкреатиту, кісти підшлункової залози. ЕРПХГ має практично 100% ефективність. Цей метод дозволяє не тільки безпосередньо виявити стенози жовчевої та панкреатичної проток та точну локалізацію, але й адекватно визначити їх дренажну функцію.

Відкриті операції виконані 60 хворим. У всіх із них корекція жовчевідтоку супроводжувалася втручанням на підшлунковій залозі. Повздожня пакреатоєюностомія виконана у 42 випадках, із них в 17 в поєднанні з холецистоєюностомією, в 12 - з холецистектомією та холедоходуоденостомією, в 9 - з ендоскопічною папілосфінктеротомією, в 4 - з холецистектомією та зовнішнім дренажуванням загальної жовчевої протоки. Панкреатоцистоєюностомія з холецистоєюностомією мали місце у 3 хворих. В 6 випадках виконана панкреатодуоденальна резекція, в 3 - парціальна резекція головки підшлункової залози, в 4 - холедоходуоденостомія, в 2 - холецистоєюностомія.

Малоінвазивними втручаннями вдалось обмежитися у 16 пацієнтів. Ендоскопічна папілосфінктеротомія як самостійний метод лікування виконана у 13 із них, переважно у хворих із вторинним біліарним панкреатитом. В 3 випадках успішно використали методику зовнішнього дренажування кіст підшлункової залози під контролем УЗД, що дозволило також зняти блок жовчевої протоки. Ускладнень, пов'язаних із застосуванням малоінвазивних методик, нами не відмічено.

Таким чином, для визначення адекватної хірургічної тактики при стенозі загальної жовчевої протоки, що виник внаслідок доброякісної патології підшлункової залози, необхідно виконання комплексного обстеження з використанням УЗД чи КТ, ЕРПХГ. При незначному протязі стенозу операцією вибору є ендоскопічна папілосфінктеротомія. При грубих змінах підшлункової залози, ускладнених подовженим стенозом загальної жовчевої протоки об'єм втручання залежить від характеру та локалізації враження підшлункової залози. В випадках, коли кіста підшлункової залози не зв'язана з панкреатичною протокою, можливе використання її зовнішнього дренажування

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ШАХТЕРОВ ДОНБАССА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НАБЛЮДЕНИЙ ОТДЕЛА ЭНДОСКОПИИ

В.Т. Михно, Д.С. Губанов.

Донецкий областной диагностический центр

Работа шахтеров характеризуется целым рядом вредных факторов. Основным из них является высокая концентрация в воздухе пылевых частиц, образующихся в процессе добычи угля. При вдыхании эти частицы оказывают механическое воздействие на слизистую трахеобронхиального дерева, вызывая микротравмы, более напряженную работу бронхиального эпителия и гиперсекрецию бронхиальных желез. При длительном воздействии это приводит к изменению сурфактантной защиты, нарушению механизмов очищения бронхов, изменениям легочной ткани, которые гистоморфологически и рентгенологически характерны для антракозов. Возникают также атрофические или гипертрофические изменения слизистой бронхов, гиперсекреция бронхиальных желез. Вследствие длительного механического воздействия на слизистую микрочастиц угольной пыли на ней появляются участки синеватого цвета локальной угольной индурации. Длительное механическое раздражение слизистой оболочки является также одной из причин деформирования бронхов, особенно тех, которые к этому предрасположены. К предрасполагающим факторам можно отнести врожденные анатомические особенности того или иного бронха: относительно малый диаметр бронхов, локальное нарушение кровообращения и нарушение функций бронхиальных желез и эпителия бронхов. Известную роль играют и приобретенные изменения, которые появляются вследствие перенесенных воспалительных заболеваний органов дыхания. Отмечаются также иммунные нарушения. В отличие от открытых способов добычи угля при подземных разработках (ограниченное пространство) концентрация пылевых частиц в воздухе выше, удельный вес кислорода ниже и кроме того в окружающем воздухе часто имеются газы, в частности метан. Неблагоприятные условия работы на больших глубинах под землей усугубляются также повышенной температурой окружающего воздуха, что при физической нагрузке будет

вызывать еще более выраженные учащения дыхания и сердечной деятельности, а значит еще более интенсивную интервенцию пылевых частиц. Мы проанализировали данные 290 бронхоскопий, выполненных нами в 1996 году работающим шахтерам и пенсионерам угледобывающих профессий в возрасте от 25 до 72 лет со стажем работы от 7 до 35 лет. Мужчины составили 282 человека, женщины - 8 человек (работавшие в 1940-1950 гг.). Из анамнестических данных обращали внимание на такие моменты как наличие бронхолегочных заболеваний до поступления на работу в шахту, во время работы или после прекращения трудовой деятельности, на наследственную предрасположенность к заболеваниям органов дыхания и аллергологический анамнез.

У 242 человек с неотягощенным бронхолегочным анамнезом рентгенологически отсутствовали признаки антракозов, мы не выявили их и при бронхоскопии. Бронхоскопии выполнялись в связи с воспалительными заболеваниями органов дыхания.

У 17 человек с рентгенологически подтвержденными антракосиликозами имелись также изменения эндоскопической картины бронхов в виде индурации слизистой угольной пылью и у 12 из них локальные деформации бронхов на фоне различных видов бронхитов. У всех больных из этой группы отмечался отягощенный бронхолегочный анамнез. У 23 человек с отсутствием рентгенологической картины антракозов, но с отягощенным бронхолегочным анамнезом при бронхоскопии отмечались участки индурации слизистой угольной пылью, иногда с деформацией бронхов. В 28 случаях был отягощен аллергологический анамнез у больных с обструктивным бронхитом. Мы наблюдали 8 женщин в возрасте 62-71 лет с выраженными деформациями доступных осмотру бронхов. В прошлом каждая из них от 2 до 5 лет в 1940-1950 гг. проработала в подземных условиях выборщицами породы. До приема на работу в угольную отрасль и во время работы воспалительных заболеваний органов дыхания не отмечали. ХНЗЛ им были диагностированы в течение последних 10-15 лет. Бронхоскопии выполнены впервые в связи с обострениями ХНЗЛ у четверых, у двоих по поводу пневмонии и у двоих с целью исключения онкопатологии. Случаи выявленной онкопатологии у шахтеров в данной работе не анализировались.

Выводы:

1. Бронхоскопия позволяет выявить изменения слизистой трахеобронхиального дерева у шахтеров еще до появления рентгенологических признаков антракосиликоза.
2. Бронхоскопия позволяет выявить анатомические особенности бронхов, которые нужно учитывать в прогнозировании развития профпатологии.

3. Еще раз показана пусковая роль вредных факторов в развитии выраженной бронхолегочной патологии у женщин.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПОВ И ИНСТРУМЕНТОВ К НИМ

Н.С. Морозова, Г.И. Карманова, Л.А. Бойко, В.И. Семишев, С.В. Корженевский.
Харьковский институт усовершенствования врачей, областная клиническая больница.

Эндоскопы и инструменты к ним относятся к изделиям медицинского назначения, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение, контактируют с кровью и инъекционными препаратами. Номенклатура жестких и гибких эндоскопов, а также медицинских инструментов к ним, насчитывает множество наименований. Для подобных изделий обязательными этапами подготовки к работе являются стерилизация и предшествующая ей предстерилизационная очистка. Однако решение данных вопросов для эндоскопической аппаратуры затруднено, что связано с одной стороны с недостаточной их обеспеченностью, а с другой - со сложностью ее устройства и наличием в конструкции разнородных, включая термолабильные, материалов.

Сложная эпидемиологическая ситуация, обусловленная ростом гепатитов, ВИЧ, туберкулеза и других инфекционных заболеваний, в условиях дальнейшего распространения эндоскопических методов исследования и появления новых дезинфицирующих препаратов, требует современных подходов к различным этапам деонтаминации эндоскопов. В этом аспекте в виду недостаточной обеспеченности особая сложность возникает с гибкими эндоскопами. В связи с этим изучены возможность и условия дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним с применением новых дезинфицирующих, моющих и стерилизующих средств.

Для дезинфекции эндоскопов рекомендованы: растворы 0,5% водной или спиртовой хлоргексидина биглюконата, 70% этиловый спирт, препарат «Сайдекс», 10% Корзолин iД, 1,0-5,0% Дезоформ, 0,75-0,2% Лизоформин 3000, 0,5-1,5% Деконекс 50ФФ, 2,5% /по АДВ/

раствор глутарового альдегида /рН 7,0-8,5/, 3% и 6% /по АДВ/ растворы перекиси водорода при температуре 20 ± 2^0 С. Для эзофагогастродуоденоскопов, колоноскопов и бронхоскопов допускается проведение дезинфекции высокого уровня без последующей их стерилизации. Обязательной стерилизации подлежат только медицинские инструменты к ним, используемые при хирургических вмешательствах /биопсийные щипцы, захваты, цитологические щетки, эндоскопические ножницы и др./.

Разработку режимов предстерилизационной очистки проводили в условиях белкового загрязнения изделий. Исследования показали, что в качестве моющих растворов для очистки эндоскопов и изделий к ним могут быть использованы 0,5% раствор перекиси водорода с 0,5% синтетического моющего средства «Лотос» и 0,14% олеата натрия /ингибитор коррозии/, 0,5% раствора моющего средства «Биомой». Режимы соответствуют режиму предстерилизационной очистки, рекомендованным ОСТом 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения». В настоящее время разрешены к применению в Украине моющие препараты Бодифен фирмы Боде Хеми и Бланизол фирмы «Лизоформ», особенностью которых является использование при температуре 21 ± 2^0 С. Для эффективной очистки функциональных каналов эндоскопов и инструментов необходимо принудительное промывание этих каналов с помощью шприца, водоструйного насоса или электроотсоса.

Разработку режимов стерилизации эндоскопов и инструментов к ним проводили в двух направлениях: при искусственном обсеменении изделий устойчивыми к испытывавшимся стерилизующим агентам спорообразующими формами микроорганизмов. В качестве тест-культуры использовали *Bac.subtilis* штамм «7», и в условиях естественной контаминации при эндоскопическом исследовании больного.

Проведенные исследования показали, что для стерилизации гибких и жестких эндоскопов могут быть применены растворы 2% Сайдекса при экспозиции 600 минут, 2,5% глутаровый альдегид экспозиционная выдержка 360 минут и 6% перекись водорода - экспозиция 360 минут. Для стерилизации инструментов к гибким эндоскопам пригоден 4,8% Первомур. Время экспозиционной выдержки инструментов составляет 15 минут при температуре 21 ± 2^0 С. Первомур - препарат, содержащий надмуравьиную кислоту и перекись водорода /активно действующие вещества/, а также муравьиную кислоту и воду. Получается при взаимодействии муравьиной кислоты /85-100%/ и перекиси водорода /30-40/.

Обработка инструментов к гибким эндоскопам данным средством в концентрации 4,8% в течении 15 минут с последующим по 5 минут отмытием в стерильном физиологи-

ческом растворе и 2% содовом растворе, гарантирует стерильность изделий и может быть применен для стерилизации инструментов к гибким эндоскопам.

Стерилизация термическими методами подлежат детали жестких эндоскопов, за исключением узлов, содержащих оптические элементы. Указанные узлы могут быть простерилизованы одним из средств, перечисленных выше.

Высушенные после предстерилизационной очистки и упакованные детали жестких эндоскопов стерилизуют в соответствии с режимами указанными в ОСТе 42-21-2-85: водяной насыщенный пар под избыточным давлением /132 С + 2 С /0,2 Мпа/ в течении 20 минут / и сухим горячим воздухом /180±2⁰ С в течении 60 минут/.

Режимы дезинфекции и стерилизации гибких эндоскопов апробированы в эндоскопическом отделении областной клинической больницы г.Харьков. На основании результатов лабораторных исследований и практических испытаний режимов дезинфекции и стерилизации гибких эндоскопов, внесены дополнения в действующие «Методические указания по очистке, дезинфекции и стерилизации эндоскопов».

В целом, разработанные режимы деконтаминации эндоскопов, гарантируют эпидемиологическое благополучие и экономически рентабельны.

ПИЩЕВОД БАРРЕТА И РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

**С.Д. Мясоедов, А.Н. Бурый, И.В. Гомоляко, Т.А. Дубович,
А.М. Бахарев, И.С. Черная, Т.Я. Чурилова, П.Н. Кондратенко,
С.А. Андреещев.**

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г.Киев

В последнее десятилетие отмечается рост интереса исследователей многих специальностей к ряду аспектов диагностики и лечения типичного и нередкого осложнения рефлюксной болезни пищевода - цилиндроклеточной метаплазии покровного эпителия. Целесообразность получения новых данных путем осуществления фундаментальных разработок, оптимизация и расширение клинической практики в решении данной проблемы не вызывают сомнений. Эндоскопический метод обладает уникальными возможностями диагностики, лечения и контроля отдаленных результатов.

В ИКЭХ длинный сегмент пищевода Баррета выявлен у 22 пациентов, страдающих преимущественно четвертой стадией рефлюксной болезни с наличием рубцового пептического стеноза и необходимостью верификации его неопухолевой природы. Наряду с осложненной рефлюксной болезнью пищевода большинство пациентов имели хроническую язвенную болезнь, имели сложный хирургический анамнез. Осуществлялось хромоэндоскопическое обследование с визуальной оценкой всех подозрительных участков слизистой пищевода на предмет наличия фокусов, полей, метаплазированного эпителия. Подробно документировались полученные данные осмотра, составлялись карты отражающие распространение цилиндроклеточного эпителия, а также результаты морфологических исследований биоптатов. Основным маркером опухолевого перерождения эпителия служила выявляемая дисплазия и степень ее выраженности. Соблюдение протокола эндоскопического и морфологического исследований способствовало обеспечению возможностей отслеживания состояния аномального эпителия на этапах регулярного контрольного взятия биопсии. Другими диагностическими методиками проводившимися параллельно с антирефлюксным, противоязвенным лечением, бужированием пищевода, были рентгенконтрастные исследования пищевода и желудка, продленная комбинированная рН-метрия, эзофагоманометрия, эзофагогастросцинтискенирование. Комбинированное лечение включало также применение по показаниям современного кислотоподавляющего лечения, применения прокинетиков, эрадикации геликобактерной инфекции, купирование витаминной недостаточности с модуляцией чувствительности больных к проводимой терапии. Отдаленные результаты лечения изучены у всех больных. Средний срок наблюдения составил 74 месяца. Обратное развитие пептических, рубцово-язвенных процессов, характерных для рассматриваемого контингента больных, сопровождалось сокращением площади занимаемой метаплазированным эпителием, регистрацией ряда феноменов восстановления плоского эпителия пищевода под влияние общего и местного лечения. Последнее включало сеансы эндоскопической диатермокоагуляции, фотодинамической терапии и лазерной абляции.

Наличие пищевода Баррета при рефлюксной болезни обуславливает необходимость осуществления более интенсивного и радикального лечения под преобладающим контролем динамики состояния метаплазированного эпителия. Следование рекомендациям последних международных гастроэнтерологических форумов по уточнению определения основных понятий этой сложной патологии, критериев ее оценки, методик диагностики и лечения позволяет рационализировать тактику лечения больных, добиться искомым результатов, Эндоско-

пический метод приобретает ведущую роль не только в диагностике, но и в лечении пищевода Баррета.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

А.Ю.Назаренко

Киевский институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины

Совершенствование безопасности и повышение эффективности лазерной эндоскопической фотокоагуляции, впервые описанной Fleisher D. и Kessler F. в 1983 г., привело нас к изобретению нового способа восстановления проходимости пищевода (патент на изобретение Госпатента Украины N 9737-А от 30.09.96г.)

Еще Pusey W.A. (1906). Hald P.S. (1907) и Blumtnthal F. (1910) сообщили, что введение в опухоль трипсина сравнительно быстро ведет к асептическому расплавлению опухолевой ткани. Под действием энзимов происходит разрушение сети, соединяющей опухолевые клетки между собой и эндотелием, протеолиз мембран раковых клеток, что ведет к уменьшению и некрозу опухоли. Процесс деструкции никогда не распространяется за границы опухоли. Инъекции смесей энзимов в опухоль ведут к ее уменьшению приблизительно на 50% и к колликвационному некрозу.

Исходя из вышеизложенного, мы пришли к выводу, что применение протеолитических энзимов представляет собой действенный подход в лечении злокачественных новообразований, который может быть использован для ускорения лазерной эндоскопической реканализации верхних отделов пищеварительного тракта.

В клинике Киевского ИКиЭХ АМН Украины для эндоскопической лазерной хирургии пищеварительного тракта используется твердотельный неодимовый лазер на алюмоиттриевом гранате (установка “Радуга”- 1) с длиной волны 1,064 мкм и максимальной выходной мощностью 55 Вт, излучение которого подводится к объекту по кварцполимерному волокну,

Новый способ восстановления проходимости пищевода применен нами у 16-ти больных. Сеансы лазерной эндоскопической реканализации больным злокачественными обтурирующими и стенозирующими неоперабельными опухолями пищевода и кардии проводились по общепринятой методике. Отличием являлось то, что в конце каждого сеанса через пластиковый иньектор, введенный в канал эндоскопа, производились иньекции в ткани опухоли раствора одного из протеолитических ферментов, например Chymoprsini (20-50 мг на 5 мл 0,25% р-ра новокаина), что позволяло ускорить процессы отторжения некротизированных излучением лазера участков опухоли и их последующего лизиса и сокращало промежутки между сеансами, обеспечило сокращение сроков лазерной реканализации. Предложенным способом проведено 18 курсов реканализации пищевода и кардии. Осложнений не было. Средняя продолжительность курса реканализации составила 6 суток, в то время, как для 18 больных из контрольной группы, у которых протеолитические ферменты не применялись - 11 суток.

Таким образом, применение предложенного способа достоверно сокращает сроки лазерной эндоскопической реканализации примерно в 1,8 раза, что позволяет в более ранние сроки восстановить у больных естественный путь поступления пищи, улучшив качество их жизни.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ.

И.Л. Насташенко.

Главный военный клинический госпиталь МО Украины, Киев

Мы располагаем опытом выполнения с лечебной целью 1200 эндоскопических папилосфинктеротомий (ЭПСТ) по поводу нарушения проходимости магистральных желчных путей небластоматозного генеза.

Наибольшую группу 457 (38,1%) составили пациенты с остаточным и рецидивным холедохолитиазом в сроки от 2 месяцев до 10 лет после перенесенной холецистэктомии, еще 232 (19,3%) - с остаточным холедохолитиазом в раннем послеоперационном периоде при наличии наружного дренажа холедоха. В связи с повсеместным внедрением в клиническую практику в последние годы лапароскопической холецистэктомии, возможности которой при ревизии желчных протоков ограничены, значительно расширены показания к выполнению в

комплексе предоперационных диагностических мероприятий эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии. В исследуемую группу вошли 316 (26,3%) больных с острым или хроническим калькулезным холециститом, у которых были выявлены конкременты и в желчных протоках.

7 (0,6%) пациентам с хроническим калькулезным холециститом и интермиттирующей гипербилирубинемией был установлен диагноз - стенозирующий папиллит. Он же явился причиной истинного постхолецистэктомического синдрома у 130 (10,8%) больных, обследованных в сроки от 4 месяцев до 8 лет после холецистэктомии и у 24(2,0%) в раннем послеоперационном периоде со значительным (300,0-600,0 мл\в сутки) количеством отделяемого по наружному дренажу холедоха без тенденции к уменьшению.

12 (1,0%) пациентам ранее была выполнена холецистэктомия и холедоходуоденостомия. При обследовании у 2 из них выявлено частичное стенозирование холедоходуоденоанастомоза с развитием холангита и рецидивного холедохолитиаза, у 10 внутрипеченочный холелитиаз формировался при нормальной проходимости анастомоза.

3 (0,25%) больным эндоскопически удалялись инкрустированные желчными солями каркасные дренажи, на которых производилась пластика холедоха по поводу его ятрогенного повреждения и рубцового стенозирования.

6 (0,5%) пациентам ЭПСТ выполнялась по поводу гистологически подтвержденной аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки, и 6 (0,5%) - кистовидного расширения внепеченочных желчных протоков от 3,5 до 6,0 сантиметров.

У 4 (0,3%) пациентов диагностирована болезнь Кароли, им периодически, с интервалом от 4 до 8 месяцев выполнялась эндоскопическая санация билиарного тракта.

2 (0,2%) больным выполнено внутреннее эндобилиарное дренирование по поводу рубцовых стриктур общего печеночного протока и 1 (0,1%) - по поводу лимфаденита печеночнодвенадцатиперстной связки со сдавлением и нарушением проходимости внепеченочных желчных протоков.

Результаты эндоскопического лечения представленных групп больных неоднородны. В целом, радикально санировать билиарный тракт удалось у 1135 (94,6%) пациентов при количестве осложнений и летальных исходов соответственно 18 (1,5%) и 3 (0,25%). Полученные результаты позволяют рекомендовать применение эндоскопических методов билиарной декомпрессии при широком спектре доброкачественной патологии магистральных желчных путей.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАПЕРИТОНАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

**О.П. Нерод, А.А. Клименко, Ю.П. Кувшинов, С.Н. Караман, Н.Ф. Орел, А.А. Свиридов.
ОНЦ им.Н.Н.Блюхина РАМН, г. Москва**

В ОНЦ РАМН с 1995 г. изучается эффективность внутрибрюшной химиотерапии 5-фторурацилом и цисплатином при раке желудка. Лечение применялось с целью: 1 - профилактики имплантационного метастазирования после радикальных операций (15 больных), 2 - в плане комбинированного лечения при паллиативных резекциях желудка и гастрэктомиях (12 больных), 3 - для лечения канцероматоза брюшины у неоперабельных больных (18 больных). Токсичность лечения была умеренной. После предоперационного курса внутрибрюшинной химиотерапии ни в одном из 5 случаев резекции желудка и 22 гастрэктомий не отмечено несостоятельности швов анастомоза. В третьей группе больных применялись более высокие дозы препаратов. Количество лечебных курсов от 1 до 7. Для более объективной оценки эффекта в процессе повторных лапароскопий использовалась видеозапись. Полная резорбция метастазов на брюшине отмечена у 6 больных, выраженная положительная динамика - у 4, исчезновение или значительное уменьшение асцита у 9 из 14 больных, уменьшение размеров первичной опухоли - у 4, прогрессирование болезни - у 9. Таким образом, внутрибрюшинная химиотерапия достаточно легко переносится больными, не влияет на заживление пищеводных и желудочных анастомозов, позволяет получить объективный эффект у ряда неоперабельных больных раком желудка. Профилактическое значение метода будет оценено после получения отдаленных результатов лечения.

ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КЛИПИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В.И.Никишаев, С.Г.Головин.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Желудочно-кишечные кровотечения несмотря на совершенствование методов их лечения, остаются сложной проблемой хирургической гастроэнтерологии. Новые методы эндоскопического гемостаза открывают новые возможности в лечении этой патологии. Одним из таких методов является эндоскопическое клипирование с помощью вращающегося клипатора фирмы Olympus.

В Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи данный метод был применен у 37 больных с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для остановки продолжающегося кровотечения эндоклипирование произведено 22 пациентам (у 14-при струйном кровотечении, а у 8 - при капиллярном). Для профилактики рецидива кровотечения эндоклипирование его источника произведено у 8 больных после гидроэлектрокоагуляции и у 7 с тромбированными сосудами. Источником кровотечения были: язвы желудка - у 12, язвы двенадцатиперстной кишки - у 5, острые язвы желудка - у 7, синдром Мэллори-Вейсса - у 5, варикозное расширение вен пищевода - у 6, опухоль желудка - у 2 пациентов.

Эндоскопическое клипирование осуществляли с помощью вращающегося клипатора NX-5LR-1 (Olympus). При кровотечении из мягких тканей использовали клипсы MD-59, а из плотных - MD-850. В первом случае бранши клипсы широко раскрывались и ими старались захватить края дефекта для осуществления их сшивания. При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода старались полностью пережать их. Во втором случае бранши клипсы открывались не широко и несколькими вколачивающими движениями вводились в плотные ткани. На один источник кровотечения накладывалось от 2 до 4 клипс.

Следует отметить, что при выраженной рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки проведение эндоклипирования было затруднено, а иногда и не возможно.

Рецидив кровотечения не был отмечен ни у одного больного после наложения эндоклипс. Осложнений связанных с методом, не было. Умерло 2 больных с портальной гипертензией от печеночной недостаточности.

Таким образом, наш небольшой опыт показал эффективность, безопасность и простоту применения эндоскопического клипирования для остановки кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и профилактики их рецидива.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В.И.Никишаев, С.Г.Головин, А.С.Бодрягов, Н.П.Слизюк

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Лечение острых кровотечений различного генеза и локализации является проблемой не только сложной и не имеющей по сей день единой выработанной доктрины, но и требующей привлечения значительного количества специалистов. При данной патологии необходимо самое тесное взаимодействие хирургов, реаниматологов и эндоскопистов, причем, учитывая высокую летальность после экстренных операций и все более популярную активно-выжидательную тактику хирургов, именно эндоскопистам отводится наиболее важная роль в лечении острых кровотечений.

Нами проанализирован 10-летний опыт совместной работы эндоскопической и хирургической служб Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Всего за данный период поступило 4681 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Данная патология представлена следующими нозологическими единицами: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - 3178 (67,9%), эрозивно-геморрагический гастродуоденит - 428 (9,1%), злокачественные опухоли ЖКТ - 413 (8,8%), синдром Мэллори-Вейсса - 126 (2,7%), доброкачественные опухоли ЖКТ-67 (1,4%), острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - 64 (1,4%), другие заболевания - 405 (6,6%). Сразу же при поступлении 97,9% больным было выполнено экстренное эндоскопическое исследование, позволяющее верифицировать источник кровотечения, его локализацию, размеры и тяжесть деструкции. При продолжающемся кровотечении обязательно предпринимались меры местного гемостаза. На основании полученных данных давалась оценка состояния, прогнозировался риск рецидива ЖКК.

В своей работе мы пользуемся модифицированной нами классификацией активности кровотечения Forrest J.A.H. - Rosch W.:

I группа - кровотечение активное:

I A - струйное;

I В - капиллярное;

I X - из под плотно фиксированного сгустка.

II - кровотечение остановившееся:

II А - тромбированный сосуд;

II В - фиксированный сгусток крови;

II С - мелкие тромбированные сосуды.

III - отсутствует кровотечение (дефект под фибрином).

Риск рецидива кровотечения в IIА и IIВ группах составлял - до 40%, в IIС - до 5% и в III - до 4%.

Таким образом, после эндоскопического исследования получали возможность разделить больных по степени риска рецидива кровотечения на три группы. Первая - с низким риском рецидива ЖКК (FIIС и FIII), вторая - с высоким риском (FIIА и FIIВ), третья - с продолжающимся кровотечением. В первой и второй группах проводили комплексное лечение с обязательным последующим эндоскопическим осмотром (контроль гемостаза, проведение лечебных процедур) который в 1-ой группе проводился через 12-24 часа, во 2-ой - через 4-6 часов.

Третья группа была разделена на несколько подгрупп. При артериальном кровотечении из крупного сосуда выделены две подгруппы больных после применения методов эндоскопического гемостаза: а - кровотечение остановлено, á - достичь эндоскопического гемостаза не удалось (больной подлежал экстренному оперативному вмешательству по жизненным показаниям). Учитывая то, что гемостаз в подгруппе 3а мы считаем нестойким, вместе с хирургами индивидуально по отношению к каждому пациенту принимали решение о ранней отсроченной операции в зависимости от отягощающих факторов в плане прогноза рецидива кровотечения. Больным которым оперативное лечение было не показано, отказавшимся от операции и больным с тяжелой сопутствующей патологией, у которых риск наркоза был выше риска операции, был применен пролонгированный эндоскопический мониторинг с интервалами через 2-4 часа с повторным неоднократным проведением эндоскопических гемостатических мероприятий.

Больные с капиллярным кровотечением (эндоскопический гемостаз достигнут у 100% пациентов) составили подгруппу 3с и за ними устанавливалось наблюдение хирургов и эндоскопистов как за больными 2 группы.

Отдельную подгруппу 3х составляли пациенты с остановленным кровотечением из под плотно фиксированного сгустка (не удаляемым ни каким путем), которым применен пролонгированный эндоскопический мониторинг с интервалами через 2-4 часа.

Проведенный анализ показал, что за период 1988-1992гг из 1397 больных язвенной болезнью оперировано 468 (33,5%) с послеоперационной летальностью 6,4%, общая летальность составила 5,5%, среди не оперированных - 5,1%; а период применения активного эндоскопического мониторинга (1993-1997гг) характеризуется следующими показателями: поступило 1781, оперировано 608 (34,1%), послеоперационная летальность - 4,8%, общая летальность - 4,1% , среди не оперированных - 3,8%. При этом количество экстренных операций снизилось с 35,3% до 17,5%.

Таким образом, применение активного эндоскопического мониторинга ведет к уменьшению числа экстренных операций с неоправданным риском и снижению общей и послеоперационной летальности.

ЛЕЧЕБНАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОСКОПИЯ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.И.Никишаев, С.Г.Головин, А.С.Бодрягов, Н.П.Слизюк

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Ургентный профиль больницы скорой медицинской помощи предполагает поступление значительного количества больных в отделения поли- и нейротравмы, токсикологии, а также травмы позвоночника. Подобный контингент в ряде случаев с момента поступления имеет расстройства внешнего дыхания различного генеза. Неотложный характер мероприятий, направленных на выяснение причины и восстановление проходимости трахеобронхиального дерева (ТБД), а также топическая диагностика различных повреждений - все это ставит особые задачи перед эндоскопической службой.

С 1993 по 1997 г. было выполнено 1918 диагностических и 2044 лечебных фибробронхоскопий (ФБС).

Мы выделяем 3 группы больных и пострадавших, нуждающихся в бронхоскопических исследованиях и манипуляциях. Первая группа (429) - пациенты, имеющие на момент поступления расстройства внешнего дыхания обтурационного генеза вследствие аспирации желудочного содержимого или крови. Сюда же мы относим поражения воздухоносных путей

токсичными дымами. Вторая (37) - пострадавшие с различными повреждениями шеи и грудной клетки (ФБС выполнена с целью уточнения наличия и характера повреждений ТБД, что всегда дополнялось эзофагофиброскопией). Третья группа (1615) - это больные в критических состояниях с острой дыхательной недостаточностью вследствие обтурации ТБД вязким секретом и гнойной мокротой (в раннем послеоперационном периоде, длительно интубированные, трахеостомированные, а также больные токсикологического и спинального профиля с угнетением или отсутствием кашлевого рефлекса).

Санационные ФБС выполнялись путем аспирации содержимого трахеи и бронхов (вплоть до устьев субсегментарных) через канал бронхоскопа, либо путем присасывания дистального конца аппарата к сгусткам крови, комочкам пищевых масс или слепкам мокроты с последующим их извлечением вместе с аппаратом. Манипуляции дополнялись орошением ТБД растворами гидрокарбоната натрия, антибактериальных средств широкого спектра действия, протеолитических ферментов, антибиотиков, муколитиков, а также кортикостероидов при аспирационном синдроме. Наиболее тяжелой группе больных ФБС выполнялась под контролем частоты пульса и парциального давления кислорода крови, определяемых пульсоксиметром.

Несмотря на то, что окончательный результат лечения зависел в основном от тяжести основного заболевания, своевременное проведение санационной ФБС способствовало восстановлению адекватной вентиляции легких и предотвращало развитие тяжелых легочных осложнений и мозговой гипоксии. Мы считаем, что проведение ФБС является неотъемлемым компонентом экстренных лечебных мероприятий с поли- и нейротравмой, а также у больных с острыми отравлениями.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ

**М.Е. Ничитайло, В.В. Дяченко, П.В. Огородник, А.Н. Литвиненко,
А.В. Скумс, А.П. Кондратюк.**

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г. Киев

Хирург, который имеет большой опыт в выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) раньше или позже приходит к решению о выполнении хирургических вмешательств под видеоконтролем на желчных протоках. К этому его подталкивает во первых - прогресс в лапароскопической хирургии, во вторых возрастающее число больных с холедохолитиазом. Первое сообщение о выполнении лапароскопической холедохолитотомии (ЛХ) появилось в 1991 году, в странах СНГ с 1994 года. В отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза ЛХ начали выполнять с 1997 года и к настоящему времени располагаем опытом 15 операций.

Для введения троакаров используем следующие точки :10 мм в параумбиликальной зоне, еще один 10 мм по средней линии на 2 см ниже мечевидного отростка, два 5 мм по среднеключичной и переднеподмышечной линиям справа и еще один 5 мм по среднеключичной линии слева.

Как правило, вмешательство выполняли, у 13 больных после ранее перенесенной холецистэктомии и невозможности эндоскопического удаления крупных конкрементов после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), когда попытки эндоскопической литотрипсии тоже были безуспешны. В 2 случаях ЛХ производили после ЛХЭ сразу же, при подтвержденном интраоперационной холангиографией холедохолитиазе.

Следует заметить, что одним из ответственных моментов операции - является висцеролиз, когда после разъединения спаек визуализируем расширенный общий желчный проток (ОЖП), максимально до 3,5 см, средний диаметр составлял 2,6 см. Далее после наложения швов - держалок - производили рассечение ОЖП в супродуоденальном отделе, протяженностью 2,0-2,5 см, в зависимости от величины конкрементов. Ревизию и удаление конкрементов осуществляли корзинкой Dormia, собственной модификации после чего производили осмотр дистального и проксимального отделов гепатикохоледоха фиброхолангиоскопом с санацией желчевыводящих путей раствором антисептика с сорбентом. Извлекались у 7 больных один конкремент и еще у 8 множественные. Операцию заканчивали наружным дрениро-

ванием холедоха по Керу в 12 случаях , у 3 - по Пиковскому. Отверстие холедоха ушивалось атравматичной иглой с нитью «Vicril» отдельными швами с эндокорпоральным завязыванием узлов. У 6 больных холедохотомное отверстие клипировали срединными клипсами и лигировали только возле дренажной трубки. Затем санировали брюшную полость и дренировали подпеченочное пространство. Продолжительность первых операций составляла 240 минут, в последующих 10 случаях 120-180 мин. Переход на лапаротомный доступ потребовался у 1 больной, из-за поломки видеотехники. Интраоперационных осложнений не отмечали. У 3 больных в послеоперационном периоде подтекала по страховочному дренажу желчь, на 4-5-е послеоперационные сутки желчеистечение прекращалось самостоятельно, что связываем с нормализацией перистальтики и самостоятельным приемом пищи больными. Дренаж ОЖП удалялся на 8-10-е послеоперационные сутки после выполнения контрольной чрездренажной холангиографии. Резидуальные конкременты в дистальном отделе ОЖП после ЛХ имелись у 3 оперированных, успешное их удаление корзинкой Dormia через эндоскопический транспиллярный доступ привело к выздоровлению всех больных.

**МИКРОЛАРИНГОСКОПИЯ И ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ
НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ
(Клинико-морфологические исследования)**

**Б.И. Павлык, Е.И. Клочков, Д.И. Заболотный, Т.Д. Савченко, С.И. Панченко,
А.Л. Костюченко.**

Киевский НИИ отоларингологии им.А.И.Коломийченко МЗ Украины

Внедрение в медицинскую практику оптической хирургической техники, разработка адекватного анестезиологического пособия, а также микрохирургического инструментария вывело отоларингологию на качественно новый уровень. Становлению этой методики во многом способствовал профессор Кельнского университета О.Кляйнсассер (O.Kleinsasser, 1965). Начав развиваться и совершенствоваться в связи с поисками новых более надежных методов диагностики предраковых заболеваний и рака гортани, этот метод давно вышел за рамки диагностического, значительно расширив лечебные возможности отоларингологов. В последние 30 лет методику внедрили и усовершенствовали для лечения детей и взрослых (Чирешкин Д.Г.,1968, 1971; Курилин И.А., Юрьев Л.П.,1974;Потапов И.И., Антонив В.Ф.,1974;Преображенский Ю.Б. и др.,1976; Павлык Б.И.,1978, 1995).

Прямая микроларингоскопия создает условия для тщательного, бережного и радикального манипулирования в гортани. Показаниями для таких вмешательств являются удаление новообразований гортани в трудно доступных при непрямой ларингоскопии областях, а также образований на широком основании, чреватых возможным кровотечением, декортфикация голосовой складки при гиперпластических процессах, иссечение рубцовых мембран, а также хордоаритеноидотомия, электрокоагуляция, лазерная и криодеструкция, пластика голосовых складок биосовместимыми материалами при паралитических дисфониях.

В нашем отделе для выполнения микроларингоскопии и эндоларингеальной микрохирургии используются микроскоп фирмы “Оптон” - ОРМІ-6 SFC с 400-миллиметровым объективом, электромеханическим приспособлением с ножным пультом управления для подведения к объекту фокусировки, оснащенный подвижной управляемой системой увеличения. Анестезиологическое обеспечение осуществляется интубационной или инъекционной подачей газонаркоотической смеси на фоне миорелаксации и нейролептаналгезии. Прямая ларингоскопия выполняется с использованием ларингоскопов различных размеров с опорным фиксирующим устройством. Микрохирургические вмешательства выполняются микроинструментарием из комплекта фирмы “K.Storz”.

За период с 1993 по 1997 гг. в отделе реконструктивно-восстановительной хирургии ЛОР-органов (с 1994 г. присоединен к отделу общевоспалительных заболеваний ЛОР-органов) было произведено 279 эндоларингеальных микрохирургических вмешательств по поводу новообразований гортани. Спектр патологии составили: полипы гортани - 74 (фиброзные - 25, миксоматозные -10, ангиоматозные - 39), гиперпластические ларингиты с кератозом - 53, неспецифические гранулемы, в том числе постинтубационные - 15, плоскоклеточные папилломы - 63, фибриноидно-гиалиновые узелки - 14, кисты - 9, амилоидоз гортани - 1, карцинома *in situ* - 9, плоскоклеточный рак -36, переходноклеточный рак - 1. Возраст больных варьировал от 8 до 75 лет. Из оперированных женщин было 93, мужчин - 186.

Морфологически все наблюдавшиеся поражения гортани можно разделить на две большие группы: неопухолевые и опухолевые. Из неопухолевых были представлены полипы, эпителиальные кисты, неспецифические гранулемы, амилоидоз, гиперплазии многослойного плоского эпителия. Из опухолевых поражений наблюдались папилломы, преинвазивный рак (карцинома *in situ*), инвазивные формы рака (плоскоклеточный, переходноклеточный, аденокистозный) и доброкачественная мезенхимальная опухоль - капиллярная гемангиома. Среди полипов были отмечены различные гистологические варианты: фиброзные, миксоматозные, ангиоматозные и амилоидные. Особым типом поражения слизистой оболоч-

ки голосовых складок являются так называемые узелки певцов, или фибриноидногиалиновые узелки, часто встречающиеся у лиц голосовых профессий. Особенностью их структуры в отличие от обычного фиброзного полипа является большое количество тонкостенных сосудов синусоидного типа и скопление в строме гомогенных белковых масс, окрашивающихся пикрофуксином в желтый цвет, выявляется фибрин и гиалин. Нередки тромбоз сосудов и кровоизлияния в строму. Подобные поражения могут быть отнесены к отдельному, тромбангиитическому варианту полипов.

Хронические ларингиты наряду с гиперплазией многослойного плоского эпителия сопровождались нередко дисплазией эпителия различной степени выраженности. Особого внимания при проведении морфологического исследования требовала дифференциальная диагностика тяжелых дисплазий и преинвазивного рака. Развиваясь на фоне тяжелой дисплазии, карцинома *in situ* с неотвратимостью приводит к инвазивному росту и требует к себе пристального внимания хирурга, так как на этом этапе злокачественный опухолевый рост может быть эффективно остановлен средствами эндоскопической микроларингохирургии.

ВЫБОР МЕТОДА И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

О.Е. Писанный, В.С. Шевченко.

Дорожная клиническая больница N 1 ст. Харьков

Широкое применение терапевтических и физических факторов позволило существенно повысить эффективность и надежность лечебной эндоскопии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Среди физических факторов, действующих местно на язвенный дефект, наиболее признаны низкие температуры и лазерное излучение.

В эндоскопическом отделении ДКБ N 1 физические методы лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки применены у 4849 человек. 4027 больным проведено криовоздействие через фиброгастроскоп, заключающееся в локальном охлаждении язвенного дефекта до $-7,7 \pm 2,3$ С «Хладон-12» в течении 7+2 сек с помощью криоэлектрокоагулятора КЭК-

1. Для полного заживления язвенного дефекта требуется 3-4 криовоздействия с интервалом 3-5 дней. Непосредственно положительный эффект получен у 98,5% больных, при средних сроках заживления дуоденальной язвы $13,0 \pm 0,5$ дней.

Показанием к криотерапии являются острые, а также хронические не осложненные длительно незаживающие, несмотря на проводимую интенсивную консервативную терапию, язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Криотерапия язв должна проводиться на фоне современной консервативной терапии с учетом многообразия этиопатогенетических факторов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в условиях стационарного или амбулаторного лечения.

При общем положительном результате эндоскопической криотерапии выявлен ряд больных с криорезистентными язвами, что выражалось в удлинении пролиферативной стадии саногенеза язвенного дефекта. Проведенный анализ показал, что криорезистентными являются длительно незаживающие после применения консервативной терапии, а также имеющие диаметр более 1 см.

Эта закономерность побудила нас к сочетанному применению низких температур с лазерным излучением, которое положительно влияет именно на пролиферативные процессы в поврежденных тканях. Нами использована гелий - неоновая лазерная установка АФЛ - 2 с длиной волны 0,63 мкм и мощностью 25 мВт.

Метод комбинированного эндоскопического лечения дуоденальных язв был применен у 822 больных. Средние сроки заживления язвенного дефекта при этом составили $18,2 \pm 0,4$ дня. Непосредственный положительный эффект данного метода составил 95,4%. Лечебный эффект низких температур и низкоэнергетического лазерного излучения реализуется в стимуляции репаративных процессов в очаге деструкции.

Отдаленные результаты физических методов лечения язв двенадцатиперстной кишки через эндоскоп прослеженные на протяжении 10 лет показали, что наибольшая частота рецидивов заболевания возникает на первом году наблюдения после проведенного лечения и составляет: при криотерапии - 28,8%, при криотерапия + фотостимуляция - 37,3%. На пятом году наблюдения соответственно: 2,9% и 5,2% рецидивов, на десятом году наблюдения соответственно : 0,7% и 0,9% рецидивов.

Таким образом, анализ полученных данных показывает, что местные холодовые воздействия с низкоэнергетическим лазерным излучением в сочетании с общепринятой консервативной терапией являются эффективными методами лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Комбинированное использование физических методов значительно со-

кращают сроки заживления язв и поэтому позволяют нам рекомендовать эти методы для широкого клинического применения в лечении дуоденальных язв.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ И ПРЕДРАКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ГОРТАНИ

Б.К. Поддубный, Г.В. Унгиадзе.

ОНЦ им Н.Н.Блохина РАИН, г. Москва, Россия

Метод эндоларингеальной лазерной деструкции был использован у 104-х больных доброкачественными опухолями, 73-х больных предраковыми заболеваниями и у 27-ми больных злокачественными новообразованиями гортани.

Анализ непосредственных и отдаленных результатов показали, что метод эндоскопической лазерной деструкции является высокоэффективным при радикальном лечении предраковых заболеваний и доброкачественных опухолей гортани. Применение этого метода позволило добиться радикального излечения у 86,3% и у 100% больных соответственно. У больных распространенным папилломатозом гортани лазерная деструкция малоэффективна, и может быть рекомендована по показаниям с паллиативными целями.

У больных раком складочного отдела гортани первой стадии и ограниченными формами рецидива рака эндоскопическая лазерная деструкция опухоли эффективна у 81,8% и 60% больных соответственно и может быть рекомендована как метод выбора при невозможности проведения хирургического или лучевого лечения.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕВЫХ И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

**Б.К. Поддубный, О.Н. Ефимов, Ю.П. Кувшинов
ОНЦ им Н.Н. Блохина, РАМН, Москва, Россия**

У 45 больных реканализация с помощью Nd-YAG лазера, электрохирургической установки или путем комбинации этих методов проводилась по поводу стенозирующего рака различных отделов пищевода и кардиального отдела желудка. Эндоскопическое рассечение рубцовых структур анастомозов после проксимальных резекций желудка, резекций пищевода и гастрэктомий произведено у 84 больных. При опухолевых стенозах полный непосредственный эффект получен у 40 (88,9%) больных, частичный - у 3 (6,7%), отсутствие эффекта констатировано у 2 (4,4%) больных.

При рубцовых послеоперационных стриктурах анастомозов полный непосредственный эффект получен у 60 (71,4%) больных, частичный - у 18 (21,4%), отсутствие эффекта - у 8 (6,2%) больных.

**ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ В УМОВАХ
РІВЕНСЬКОГО КЛІНІЧНОГО ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ.**

В.М. Поліщук, М.С.Пасічник, Ф.О.Генеральчук, В.Й. Штрімайтіс, О.С. Заець.

Рівенський клінічний лікувально-діагностичний центр.

Кафедра діагностики і медичної інформатики

Тернопільської медичної академії ім. І.Я.Горбачевського.

Проведений аналіз 1012 лапароскопічних холецистектомій, виконаних в умовах обласного лікувально-діагностичного центру. На підставі власного досвіду визначені та аргументовані покази та протипокази до лапароскопічних холецистектомій.

Швидкий розвиток медичної техніки сприяв впровадженню унікальної апаратури для малотравматичного ендоскопічного виконання великих за об'ємом операцій.

Перші способи проведення таких операцій на органах черевної порожнини зроблені в 50-ті роки, але недосконалість технічного забезпечення стимувало широке застосування цих методик. На сьогодні практично вся оперативна гінекологія і в значній частині абдомінальна хірургія використовує лапароскопічну техніку.

Найбільш широко вона застосовується в лікуванні жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ).

При лапароскопічній холецистектомії частота післяопераційних ускладнень висока (до 12-15%), смертність 2-3%, в випадках гострого холециститу відповідно - 18 - 25%, і при хронічному холециститі 8 - 12%. Частими ускладненнями є нагноєння післяопераційної рани, евентерація кишечника, абсцеси ложа міхура та черевної порожнини, непрохідність кишечника і перитоніт, вентральні кили, злукова хвороба очеревини та ін.. Все це значно збільшує терміни лікування ЖКХ, а іноді веде до інвалідності хворого.

Навіть при сприятливому перебігу післяопераційного періоду тривалість перебування хворого в стаціонарі становить 7 - 10 діб, а тимчасової непрацездатності 1 - 1,5 міс.

Цих багатьох інших недоліків немає при лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ). Операція видалення жовчного міхура під контролем лапароскопа вперше зроблена в 1987 році в Ліоні (Франція). В США в 1988 році, в Московському центрі ендохірургії і літотрипсії в 1991 році, в Україні в КНДІК і ЕХ - в 1993 році, на Рівненщині - 12 квітня 1995 року в обласному лікувально-діагностичному центрі.

Цей ефективний і елегантний метод операції відразу став популярним серед передових лікарів - терапевтів і хірургів, а ще більше - серед пацієнтів.

Ендоскопічне видалення жовчного міхура має ряд переваг перед відкритою холецистектомією: значно скорочуються терміни перебування хворих в стаціонарі (економічний ефект), практично відсутній больовий синдром після операції, кращий косметичний ефект. Крім того, немає нагноєнь операційної рани (як такої рани немає), а також виникнення післяопераційних вентральних кил. Ця операція технічно простіша від традиційної холецистектомії, бо при 8 - разовому збільшенні операційного поля можна побачити дрібніші структури жовчного міхура, що дозволяє уникнути багатьох помилок звичайного хірургічного втручання.

Більшість авторів вважають, що показами до лапароскопічної холецистектомії при симптоматичному холециститі ті ж самі, й до відкритого способу операції.

Протипоказами до ЛХЕ на початку використання методу вважали-наявність великих каменів (5 і більше см.), гостре запалення жовчного міхура, перенесення раніше операції на органах черевної порожнини, камені загального жовчного протоку, ожирення.

По мірі накопичення досвіду виявилось, що великі камені без труднощів видаляють разом з міхуром; злуки, які заважають проведенню маніпуляції розсікаються, камені холедоха можна видалити за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії. В випадках гострого запального процесу питання про ЛХЕ повинно вирішуватись індивідуально в залежності від кваліфікації хірурга і ситуації.

Сьогодні лапароскопічна холецистектомія є операцією вибору при хронічному калькульозному холециститі. За даними Д.С.Брукса (1993 рік) в США в 1992 році 85% холецистектомій було виконано лапароскопічним методом. “Storz” (Німеччина), “Olympus” (Японія), “Auto suture” ,”Ethicon” США.

Нами спостерігалось 1012 пацієнтів із них 925 (91,40) жінок і 87 (8,59%) чоловіків були в віці від 18 до 71 року; більшість 862 (85,18%) в віці від 20 до 60 років.

Ми не вважаємо ожиріння протипоказом до ЛХЕ. Хворих з надвагою 20-30 кг було 202 (20%), більше 40 кг - 13 (1,3%). У всіх пацієнтів були камені жовчного міхура. Окрім загальноклінічних досліджень, передопераційна інструментальна діагностика включала ультразвукове сканування з оглядом печінки, жовчного міхура, внутрішньопечінкових та жовчних протоків, підшлункової залози, селезінки, нирок. Крім того, для уточнення діагнозу і виключення супутньої патології майже всім хворим проводили езофагогастроуденоскопію.

У 791 (78,16%) хворих були множинні камені жовчного міхура, у 221 (21,84%) одиничні.

Розміри каміння до 2 см. у 822 (81,23%) хворих і більше 2 см, у 190 (18,77%). Особливих труднощів з видаленням великих каменів не було. Рану розсікали біля пупка на величину каменя і видаляли міхур.

З гострим холециститом було 28 (2,77%) хворих і з хронічним 984 (97,23%) хворих.

Відключений жовчний міхур спостерігали у 138 (13,63%) хворих, водянку у 70 (6,92%), виражений перихолецистит - 287 (28,36%), емпієми жовчного міхура у 27 (2,67%) хворих. При водянці і емпіємі жовчного міхура проводили пункцію та евакуацію вмісту, що полегшувало подальші маніпуляції.

У 254 (25,09%) хворих був злуковий процес різного степеня з фіксацією до жовчного міхура чи печінки,сальника, дванадцятипалої кишки, шлунка.

Декілька слів про дренування черевної порожнини після холецистектомії.

Це питання вирішується індивідуально. Частіше дренування носить профілактичний характер. Враховуючи кровотечі під час операції з роз'єднаних злук (254 (25,09%) хворих), перфорацію стінки міхура і витікання жовчі - (105 хворих (10,37%)), ми в 234 (23,12%) дренували черевну порожнину для контролю за характером і кількістю виділень та введення розчину антибіотиків. Дренаж діаметром 5-6 мм з боковими отворами в кількості 4-6 ставили в підпечінковий простір. Видаляли його на 1-2 добу. В жодному випадку не відмічали значної кількості виділень, тому ретроспективно слід відмітити, що дренування черевної порожнини носить профілактичний, а можливо, більше психологічний характер. Вважаємо, що ретельне кліпування міхурового протоку і судин та гемотаз по ходу операції виключають необхідність дренування черевної порожнини.

Ускладнення під час ЛХЕ спостерігались слідуєчі: перфорація жовчного міхура з витіканням жовчі 105 хворих (10,37%), кровотеча з міхурової артерії - 7 хворих (0,69%), кровотеча з ложа міхура - 11 хворих (1,09%), надрив капсули печінки - 16 хворих (1,58%), Всі ускладнення ліквідовані хірургічними маніпуляціями з послідуєчим дренуванням черевної порожнини. У 12 випадках через виражений злуковий процес на початку освоєння методики перейшли на лапаротомічну холецистектомію.

Особливого лікування ускладнення не потребували.

Середня тривалість ендоскопічних операцій 50,8 хв, при чому на початку освоєння методики більш довготривалі до 1,5-2 год, в даний час в середньому до 30 хв (від 15 хв. до 1 год.)

В післяопераційному періоді на протязі доби проводили симптоматичну терапію (аналгетики, спазмолітики, при ускладненні під час операції - антибіотики.).

Необхідно відмітити, що післяопераційний період у хворих після ЛХЕ протікає значно легше, ніж після традиційної холецистектомії, хворі були активні через 6 годин, вставали, ходили, практично не відчували болю.

Більшість хворих були виписані на 3 добу після операції, деякі на 2 добу. Середній ліжко-день склав 4,37 дня. Таким чином, можна ствердно сказати, що застосування ЛХЕ в клінічній практиці дозволяє суттєво покращити результати лікування хворих на ЖКХ. Разом з тим, входячи з власного досвіду вважаємо, що ЛХЕ є операцією вибору у хворих на жовчно-ка'яну хворобу з важкою супутньою патологією (бронхіальна астма, легенево-судинна недостатність, ішемічна хвороба серця з складними порушеннями ритму і т.д.). Операція ЛХЕ протипоказана при захворюваннях крові, вагітності в другій половині та декомпенса-

ній серцево-легеневій недостатності. Відносним протипоказом є раніше перенесені операції на органах верхнього поверху черевної порожнини.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЛАЗЕРНЫМ ЛУЧОМ И КЛЕЕВЫМИ АППЛИКАЦИЯМИ

О.К. Прохоренко, А.Е. Тимен, В.Н. Залесский, Е.М. Бака.

Больница для ученых НАН Украины, г. Киев.

Несмотря на достигнутые в последнее время успехи фармакотерапии язвенной болезни, эрозивных гастритов, а также язв и эрозий, наблюдается непереносимость отдельных химиопрепаратов, побочные эффекты. В связи с этим в комплексной терапии эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки гастродуоденальной зоны все большее значение приобретают лазеры местного лечебного воздействия через эндоскоп. Хотя лежащее в основе лазерной терапии неспецифическое стимулирование биологических функций не имеет еще строгого теоретического обоснования, практические успехи в использовании метода столь впечатляющие, что не оставляют места сомнения в его большой перспективности.

Под наблюдением находилось 30 больных эрозивно-язвенным поражением желудка и 30 - луковиц 12-перстной кишки в возрасте от 27 до 65 лет (30 мужчин, 30 женщин). Длительность заболевания более 5 лет отмечена у 62% больных.

Лазерная терапия (ЛГ-75, 0,63 мкм, плотность мощности 5мВт/см², продолжительность воздействия 6 минут) проводилась на фоне традиционного противорецидивного лечения. После проведения лазерной терапии для обработки поверхности эрозивно-язвенных дефектов использовали медицинский клей - биополимер КЛ-3, после нанесения которого образовалась защитная пленка, предохраняющая слизистую от воздействия раздражителей.

В зависимости от комплекса противорецидивного лечения больные были разделены на 4 группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания, характеру эрозивно-язвенных поражений и проводимой традиционной терапии.

В первую группу включено 18 больных, у которых применяли лазерное излучение в качестве лечения; во вторую - 14 больных, получавших аппликации биополимером КЛ-3; в третью - 16 больных, у которых использовали комбинированное лечение лазером и клеевыми аппликациями. В четвертую группу вошли - 12 больных, получивших только базисную тера-

пию (противоязвенную). Местную терапию, указанными методами проводили 2 раза в неделю, в среднем 2-3 сеанса на курс. Эффективность лечения оценивали на основании клинико-лабораторных данных, эндоскопического и патоморфологического исследований.

Заживление эрозивно-язвенных поражений в слизистой оболочке под воздействием лазерного излучения в 37,5% случаев проходило без визуального определения рубца, что является особенностью лазеротерапевтической программы. При сочетании применения лазер + клей заживление дефектов слизистой желудочно-кишечного тракта происходило быстрее, чем при применении каждого вида местного лечения в отдельности. При этом исчезали явления периульцерозного воспаления, на фоне уменьшения полнокровия и отека. Активно протекали и процессы репаративной регенерации. При патоморфологическом исследовании отмечено положительное воздействие на бактериальную флору, в частности на *Campylobacter pyloridis*. Особенно заметно нормализовалась моторная функция желудка (уменьшилась частота осцилляций на ЭГГ, их амплитуда.)

Таким образом, для более эффективного местного лечения эрозивно-язвенных поражений целесообразно применять комбинацию методов, обладающих патогенетическим и одновременно с этим потенцирующим эффектом.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

О.К. Прохоренко, Ю.А. Тимен, Е.М. Бака.

Больница для ученых НАН Украины

Лечебная эндоскопия язв желудка и 12 п.к. рассчитана на ускорение процессов рубцевания и эпителизации. Однако до настоящего времени полностью не разработаны показания к применению методов лечебной эндоскопии в зависимости от локализации, характера язвенного дефекта (размеров, глубины), возраста и общего состояния больных. Сочетание объема эндоскопических лечебных манипуляций постоянно нуждается в совершенствовании.

Показанием к оперативному лечению служат язвы 12 п.к., осложненные кровотечением, стенозом, пенетрацией, и хронические каллезные язвы, не рубцующиеся при консервативной терапии.

Учитывая высокий риск малигнизации язв желудка, до начала лечения проводилась многократная биопсия, которая в ряде случаев повторялась в процессе лечебной эндоскопии.

Эндоскопическое лечение нами проведено у 29 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; из них у 9 язва локализовалась в зоне анастомоза резецированного желудка.

Применяли самостоятельно или в различных комбинациях следующие методы лечебной эндоскопии: лазеротерапию (гелий - неоновым лазером ЛГ-75 с выходной мощностью 25 мВт), санацию дна язвы различными препаратами (спирт, фурацилин, метиленовый синий и т.д.) инъекции в края язвенного дефекта лекарственных веществ (репаративных) и аппликацию язв пленкообразующими препаратами (лифузол, статизоль и др.). Лазеротерапия применялась у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые получали от одного до семи сеансов. При лазеротерапии наблюдалось быстрое уменьшение или исчезновение болевого синдрома, эпителизация наступала в среднем к 15 дню.

Инъекции солкосерила, тавегила либо самостоятельно, либо в комбинации с санацией и аппликацией пленкообразующим препаратом осуществляли, как правило, у больных с каллезными язвами желудка. Наиболее эффективный метод комбинированной терапии. Средний срок эпителизации язвенного дефекта желудка - 21 день. У 4 больных не наблюдалось полного заживления язвы. В дальнейшем эти больные были прооперированы.

У больных с лигатурными язвами желудочных анастомозов мы проводили удаление лигатур, как источник язвенного дефекта, через операционный двухканальный гастроскоп. В большинстве случаев наблюдалось заживление язв и эрозий анастомоза.

Таким образом, местное эндоскопическое лечение хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки является эффективным методом и должно выполняться по определенным строгим показаниям, дополняя способы лекарственной терапии.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РЕФЛЮКС-ГАСТРИТОВ ПО БИОПСИЙНОМУ МАТЕРИАЛУ

В.В. Радченко, И.Г.Бойко, Ж.А. Пятова.

Центральный госпиталь МВД Украины

Одним из патогенетических факторов, имеющих значение в развитии рефлюкс-гастрита, является рефлюкс желчи в полость желудка в связи со снижением тонуса привратника.

Известно так же, что рефлюкс-гастрит длительные годы протекает бессимптомно, а первые жалобы появляются при наличии выраженных патологических изменений слизистой оболочки желудка.

В связи с этим велика роль инструментальных методов исследования, особенно метода гастроскопии, сочетающегося с гистологическим изучением материала прицельных гастробиопсий.

Выделение незначительного, умеренного и выраженного гастрита позволяет судить о степени поражения и имеет значение для комплексной терапии и прогноза заболевания.

Нами обследована группа из 200 человек с клиническими проявлениями гастроудоденорефлюкса. Проводилась ЭГДС гастроскопом типа GIF XQ 30 фирмы «Olympus». При ЭГДС визуально оценивалось состояние слизистой 3-х отделов желудка - субкардиального, тела, антрального. У всех исследуемых бралась биопсия для гистологического исследования слизистой. Помимо этого давалась подробная оценка состоянию пилорического канала, характеру желудочного содержимого (наличие или отсутствие желчи).

Отмечено, что слизистая желудка при гастроудоденальном рефлюксе имеет различные степени выраженности воспаления, что оценивалось по интенсивности окраски различных отделов - от пятнистой гиперемии, очаговой до тотальной гиперемии слизистой во всех отделах.

Визуально содержание желчи определялось следами в секреторной жидкости, умеренным количеством и большим содержанием.

Морфологическая диагностика гастрита до настоящего времени носит субъективный характер. Для более объективной оценки характера поражения материал исследовался из 3-х отделов желудка, что позволило судить о распространенности процесса, уделяли большое

значение соответствии гистоструктуры исследуемому участку, наличию воспалительной инфильтрации, структурной перестройки, изменению толщины слизистого слоя. Оценка материала гастробиопсий по всем означенным признакам позволила провести оценку каждого обследования в целом.

По морфологическим признакам материал был распределен следующим образом:

1. Атрофически - гиперпластический гастрит - 118 случаев;

из них:

1). Хронический атрофический гиперпластический гастрит
с признаками обострения - 18 случаев;

2). Хронический атрофический гиперпластический гастрит
с десквамацией поверхностного эпителия вплоть до образования микроэрозий - 25 случаев;

II. Хронический гиперпластический гастрит - 40 случаев;

из них:

с наличием микроэрозий - 7 случаев;

III. Хронический нормопластический гастрит - 10 случаев;

из них:

с наличием микроэрозий - 7 случаев;

IV. Гиперпластическая гастропатия - 8 случаев;

V. Атрофически - гиперпластическая гастропатия - 12 случаев;

То есть - отмечается явная тенденция к развитию воспаления, причем, преимущественно, к развитию атрофически - гиперпластического гастрита в 65,5%, свыше 1/4 у лиц, страдающих атрофически-гиперпластическим гастритом, видна тенденция к поражению желез, пилоризации, энтеролизации, у такого же типа лиц отмечено развитие поверхностных микроэрозий.

Полученные данные позволяют считать целесообразным дальнейшее обследование больных, страдающих рефлюкс-гастритом. Проведенное обследование является начальным этапом. В дальнейшем гистологическое обследование будет направлено к стандартизации с введением объективных критериев математического анализа, проведением контрольных исследований сформированной группы наблюдения с целью выявления закономерности в развитии патологии и изменений, возникающих при коррекции заболевания с помощью медикаментозных или других методов лечения.

САНАЦИОННЫЕ БРОНХОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

В.В. Радченко, И.Г. Бойко.

Центральный госпиталь МВД Украины

Комплексное лечение воспалительных заболеваний легких направлено на подавление бронхогенной инфекции, восстановление дренажной функции бронхов, устранение застоя секрета и уменьшение его вязкости, стимуляцию защитных сил организма.

Основанием для разработки методов, обеспечивающих непосредственное эндобронхиальное воздействие на воспалительные изменения и секрецию бронхов; улучшение их дренажной функции послужил недостаточный эффект при парентеральном применении лекарственных веществ, часто неэффективных из-за их низкой концентрации в зоне воспаления, чему способствует нарушение кровоснабжения вследствие склеротических изменений бронхиальных стенок и прилегающей паренхимы легких.

Лечебные бронхоскопии проводились в положении лежа на спине. Проводилась премедикация - атропин 1 мл + димедрол 1 мл внутримышечно и местно 10% лидокаином. Использовали гибкий бронхоскоп фирмы Olympus BF 1Г 30.

Первым этапом лечебной бронхоскопии является осмотр трахеи и бронхов, установление характера и распространенности воспалительных изменений. Затем осуществляется туалет бронхиального дерева, включающий тщательную активную аспирацию содержимого из долевых и сегментарных ветвей, промывание индифферентным или антисептическим раствором (фурацилином 0,02%, 3% соды, 10% - 20% димексидом). Эндобронхиально вводились антибиотики - канамицин, гидрокортизон, бронхолитики подогретые до температуры тела.

Курс лечения обычно составлял 3-8 лечебных бронхоскопий на протяжении 16-20 дней. Частота лечебных бронхоскопий зависела от выраженности воспалительных изменений бронхов, состояния больных. При необходимости количество санационных бронхоскопий могли быть изменены в сторону как удлинения, так и сокращения.

Нами проведено - 1050 санационных бронхоскопий в период с 1992 - 1998 гг. Санация бронхиального дерева чаще всего проводилась у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких - 780 человек; острой пневмонией с затяжным течением (больше 4 недель) - 110 чел., а также острых абсцессах легкого - 45 чел.

На успех лечения влияют точность диагностики, которая проводилась с учетом клинических и рентгенобронхологических данных. Перед назначением санационных бронхоскопий выполнялись диагностические бронхоскопии, с последующим гистологическим и цитологическим исследованием материала.

Особенности эндобронхиальной санации зависят от вида патологии бронхиального дерева и паренхимы легких, характера и распространения воспалительных изменений бронхов.

При распространенном гнойном эндобронхите и большом количестве бронхиального содержимого санации проводятся в начале курса 2 раза в неделю, а по мере достижения лечебного эффекта частота уменьшалась до 1 раза в 5-6 дней.

О достижении лечебного эффекта свидетельствует уменьшение количества отделяемой мокроты и изменение ее характера (преобладание слизи). Одновременно улучшается самочувствие больного, исчезают признаки интоксикации (недомогание, слабость, потливость). При бронхоскопическом наблюдении уменьшаются воспалительные изменения слизистой, бронхиальный секрет исчезает или из гнойного становится слизистым и присутствует в сравнительно небольшом количестве.

Применяемая нами методика позволила сократить общие сроки лечения больных в 2-3 раза.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МАЛИГНИЗИРОВАННЫМИ ПОЛИПАМИ

Л.В. Радченко, В.В. Хохлова.

г.Киев

Используя в ежегодном комплексном обследовании фиброколоноскопию как приоритетный метод выявления патологии толстой кишки у пациентов динамической группы, группы “риска” по онкомаркерам, а также при наличии клинических признаков заболевания толстой кишки (боли в животе, вздутие, неустойчивый стул, склонность к запорам, кровь в кале и т.д.) нами выявлено 560 больных с полипами толстой кишки.

Удалено 493 полипа, в которых при гистологическом исследовании ворсинчатотубулярный компонент составил 54%, а в 18 удаленных полипах выявлены участки аденокарциномы *in situ*. У 22 полипов обнаружена опухолевая инвазия верхушки.

Полипэктомия считалась адекватной, если граница по краю удаленного полипа на протяжении 3-мм не содержала злокачественных клеток. 306 удаленных полипов отнесены к аденоматозным, 42 - к ворсинчато-тубулярным, чисто ворсинчатая опухоль - 5.

Возрастной ценз пациентов составил от 32 до 84 лет. Размер полипов, содержащих клетки аденокарциномы от 8 мм до 4,5 см.

По локализации:

26 полипов - сигмовидная кишка;

8 полипов - прямая кишка;

2 полипа - поперечно-ободочная кишка;

4 полипа - слепая кишка.

При динамическом наблюдении больных, у которых удалены малигнизированные полипы в сроки от 1 до 15 лет рецидив полипов с перерождением в аденокарциному возник у 3-х пациентов в сроки 1,5 -3 месяца, что подтвердилось обнаружением опухолевой инфильтрации подслизистого слоя, в данном случае эндоскопическая полипэктомия признана неэффективной и выполнена хирургическая резекция участка кишки.

Вывод: Эндоскопическая полипэктомия малигнизированных полипов толстой кишки является адекватной в большинстве случаев, за исключением наличия полипов с подслизистой опухолевой инвазией, что верифицируется гистологическим исследованием как самого удаленного полипа, так и окружающих его тканей подслизистого слоя.

КОМПЛЕКСНІ БРОНХОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ СЕГМЕНТАРНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЛЕГЕНЬ

В.М. Ремовський

Обласний легеневий центр , м. Рівне

Бронхологічні методи в диференційній діагностиці патологічних процесів, обмежених одним-двома легеневими сегментами, мають велике значення і є основними.

Нами проведені комплексні дослідження (ендоскопія, хромобронхоскопія, зондування сегментарних дишок, фракційна аспірація промивних вод дишок, множинні контактні мазки, різнотипні біопсії, селективні спрямовані бронхографії) за розширеними показаннями на початку лікування, застосовуючи дихальні бронхоскопи та фібробронхоскопи «Olympus» BF 1 T 20 і BF 3C 20.

За період 1970-1997 рр. обстежено 1122 хворих (дітей - 126) віком від 11 місяців до 83 років з обмеженими сегментарними патологічними процесами легень, згрупування яких за рентгенологічними ознаками такі: інфільтрати - 264, печеристі (кавернозні) утвори - 254, округлі утвори - 206, обмежені цирози - 182, ателектази - 160, бульозна емфізема - 56.

Ендоскопічні обстеження при обмежених інфільтратах дозволили діагностувати затяжний перебіг пневмонії з супутнім ендобронхітом різної поширеності та форми, ракові пневмонії, обтураційну пневмонію, як вторинну через бронхогенну пухлину, інфільтративний туберкульоз легень, сегментарні гіпоплазії, хронічні сторонні тіла дишок та бронхоліти, фіброзні узиння дишок та інші.

Комплексне бронхологічне обстеження хворих з печеристими утворами легень дозволило визначити гострі та хронічні нарви (абсцеси) з супутнім гнійним та деформуючим бронхітом, деструктивні форми раку легень, кавернозний туберкульоз, залишкові порожнини після абсцедуючої пневмонії і деструктивних форм туберкульозу (відкрито - негативний синдром), різнотипні кісти легень (від ретенційних до дійсних та паразитарних), внутрішньолегеву секвестрацію, мікотичні процеси.

Не менше значення мали комплексні бронхологічні обстеження з округлими утворами легень, у першу чергу для діагностики раку периферійного відмісцевлення, обмеженими цирозами, сегментарними ателектазами, бульозною емфіземою.

Загальна оцінка комплексного бронхологічного обстеження стверджує, що вказаний метод має важливе значення для детальної діагностики сегментарних процесів легень, дозволяє вчасно визначити можливості хірургічного лікування, а також скоротити терміни стаціонарного обстеження легневих хворих на першому етапі в спеціалізованому відділку з 5-7 до 3-5 діб.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

В.Ф. Саенко, М.Е. Ничитайло.

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины

Лапароскопическая хирургия - одно из самых перспективных направлений современной хирургии. Разработка и постоянное совершенствование видеоскопической техники и инструментария позволяет постоянно расширять диапазон лапароскопических оперативных

вмешательств. Малая инвазивность, достоверное снижение количества послеоперационных осложнений, менее продолжительный этап медицинской и трудовой реабилитации больных и как результат - более высокое качество жизни оперированных больных, быстро завоевали популярность лапароскопических операций.

В настоящее время отдельные абдоминальные операции (лапароскопические холецистэктомии) являются «золотым» стандартом при лечении заболеваний желчного пузыря. В развитых странах до 95% холецистэктомии производятся лапароскопически. В клинической практике все типы лапароскопических операций принято разделять на:

а) традиционные или стартовые, которые после соответствующей подготовки доступны для выполнения широким кругом хирургов (лапароскопическая холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика);

б) технически сложные оперативные вмешательства выполняемые узкими специалистами отдельных областей (лапароскопическая сплен- и нефрэктомия, операции на толстой кишке, коррекция нарушений пищеводно-желудочного перехода, желчевыводящие анастомозы);

в) технически сложные операции выполняемые высококвалифицированными хирургами в специализированных отделениях (гастрэктомия, резекция поджелудочной железы и печени, операции на сердце);

г) ассистирующие лапароскопические операции, при которых начальный этап выполняется лапароскопически (мобилизация внутренней грудной артерии при коронарно-внутригрудном шунтировании) с последующим наложением коронаромалиарного анастомоза из мини-доступа.

Развитие лапароскопической техники и инструментария позволило расширить применение лапароскопических методик в нейрохирургии, торакальной хирургии, гинекологии, урологии. Разработка и применение видеолапароскопии в ургентной хирургии ознаменует собой качественно новый этап диагностики ургентных состояний в первую очередь травм органов брюшной и грудной полостей. Кроме чисто диагностических задач, возможно успешное лечение лапароскопическими методами отдельных типов повреждений печени, селезенки, краевых разрывов кишечника.

В настоящее время при явном, очень разительном успехе лапароскопической хирургии не столь фантастичными следует считать разработки по созданию миниатюрных устройств с телекамерой, которые вводятся в полость тела через прокол и управляются с помо-

щью компьютера. Будущее лапароскопической хирургии, очевидно составляют глобальные телекоммуникационные сети, роботы, телехирургия.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ЯЗВЕННЫХ ПИЛОРУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ

В.Ф.Саенко, А.Н. Бурый, А.А. Пустовит, А.В. Щитов.

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины

Проблема хирургического лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом, до сих пор одна из сложных в современной гастроэнтерологии. Особенно неблагоприятным в прогностическом отношении являются декомпенсированные формы пилородуоденального стеноза, которые имеют место примерно у 40% больных со стенозированием. До настоящего времени нерешенными являются вопросы диагностики, предоперационной подготовки, послеоперационного ведения данной категории больных. Клиницистов привлекает возможность использовать естественный путь доставки энергопластических веществ у больных с декомпенсированными стенозами, исключая при этом метаболические, циркуляторные и инфекционные осложнения, возможные при парэнтеральном питании.

В ИКЭХ с 1989 по 1995 год по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки оперировано 1517 больных, из них по поводу язвенного стеноза - 592 (39%). С декомпенсированным стенозом под нашим наблюдением находился 281 (47,5%) больной. Длительность язвенного анамнеза от 1 года до 18 лет. Время развития стеноза от 7 месяцев до 6 лет.

В предоперационном периоде всем больным проводили эндоскопическое исследование с целью установления диагноза, определения сопутствующей патологии: эзофагита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, язвы желудка, дифференциальной диагностики с органическими стенозами путем взятия биопсии. Эндоскопическая картина при рубцово-язвенных стенозах определялась такими факторами: 1. локализация язвы; 2. наличие или от-

сутствие язвенного дефекта; 3. сроком существования стеноза и его стадией; 4. расстройствами моторной функции желудка.

Особое внимание уделяли: локализации стеноза, диаметру сужения, активности язвы (выраженный отек, гиперемия). В большинстве случаев место сужения пилородуоденальной зоны имело диаметр до 0,9 см, что препятствовало прохождению эндоскопа за участок сужения, поэтому возникали трудности в определении локализации и размера дуоденальной язвы. Эндоскопия проводилась как с диагностической, так и с лечебной целью (проведение за место стеноза интестинального зонда для кормления).

Для контроля за эффективностью операции, заживлением язвы в послеоперационном периоде проводили эндоскопическое исследование через 13-14 суток, 6 месяцев, 1-5 лет после операции.

Все больные в плане предоперационной подготовки условно были разделены на две группы: 1. подготовка больных с применением энтерального зондового питания и 2. подготовка больных у которых по техническим причинам не удалось провести интестинальный зонд для кормления. Характер лечебных мероприятий был направлен на компенсацию водно-электролитного и белкового баланса. Эффективность предоперационной подготовки определялась на основании гастроскопии и баллонографии натошак и в ответ на транскутанную электрогастростимуляцию. У 243 обследуемых больных (86,6%) удалось провести зонд для энтерального питания, после предоперационной подготовки отмечалось улучшение моторики желудка, этой группе больных выполнены органосохраняющие операции (стадии частичной декомпенсации). У 38 больных (13,4%) не удалось по техническим причинам провести зонд за место стеноза. Отдаленные результаты хирургического лечения декомпенсированных форм язвенного пилородуоденального стеноза в сроки от 1 до 5 лет изучены у 172 больных. При этом пострезекционные синдромы отмечены у 15 больных (8,5%), рецидивы заболевания у 10 больных (6%). Летальность составила 1,2% (2 больных).

Таким образом, применение эндоскопии позволяет установить диагноз и провести зонд для энтерального питания за место стеноза. Применение энтерального зондового питания в сочетании с транскутанной электрогастростимуляцией и противоязвенной терапией на протяжении 2-4 недель, позволяет полностью восстановить водно-электролитный и белковый баланс, уменьшить отек в области стеноза.

HELICOBACTER PYLORI ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

**В.Ф. Саенко, И.В. Гомоляко, А.Н. Бурый, А.С. Тывончук, Л.Н. Рыжий.
Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины,**

Современная диагностика язв двенадцатиперстной кишки ДПК предполагает использование комплекса методов, позволяющих выявить *Helicobacter pylori* (НР) слизистой оболочки антрального отдела желудка, а лечение, кроме препаратов снижающих желудочную секрецию, включает применение антибактериальной терапии, направленной на эрадикацию микроорганизма. Наряду с медикаментными средствами существуют и хирургические методы снижения кислотопродукции, обеспечивающее длительный и стойкий эффект. В этой связи представляет интерес изучение распространенности и возможностей эрадикации хеликобактериоза у лиц, страдающих язвой ДПК при использовании различных методов лечения.

Обследовано 30 пациентов, которые по поводу язвенной болезни ДПК перенесли различные варианты ваготомии, а также, 25 больных, которым по различным причинам оперативное лечение не было показано и проводилось стандартная противоязвенная терапия. У оперированных больных с выявленной НР-инфекцией эрадикацию проводили после восстановления функции желудочно-кишечного тракта. Стандартная методика консервативного лечения проводилась по следующей схеме: амоксицилин (500мг х 3) + метронидазол (500мг х 2) в течении недели и омепразол (20мг) - 3 - 4 недели.

Методика выявления НР-инфекция включала эндоскопическое исследование со взятием биопсии слизистой антрального отдела желудка для последующего гистологического и цитологического исследования. Для выявления НР использовались азуровые красители. Контроль эрадикации осуществлялся также путем морфологического исследования слизистой. Учет НР в цитологических препаратах производился полуколичественным методом.

У пациентов, впервые поступивших для хирургического лечения по поводу язвенной болезни ДПК, частота выявления НР-инфекции составила 81%, у пациентов с рецидивной язвой ДПК, выявляемость НР-инфекции была выше - 98%, что подтверждает наличие причинно-следственных связей между НР и возникновением язв, а также указывает на то, что случаи рецидивов, ассоциированные с НР-инфекцией, нуждаются в более интенсивном антихеликобактерном лечении.

Независимо от применяемых методов, лечение приводило к полной эрадикации только у 32% больных, у 10% наблюдений количество бактериальных тел под влиянием терапии оставалось прежним, у остальных 58% наблюдений отмечалось снижение обсемененности НР до 1 -2 +. При этом, клинически отмечалось улучшение общего самочувствия, снижения диспепсических жалоб. Эндоскопическая картина слизистой желудка также в значительной степени нормализовалась. Существенная разница в качестве эрадикации между больными, получающими консервативное лечение и больными, перенесшими операции обнаружено не было, хотя у последних, НР обнаруживался несколько реже, поскольку у таких пациентов достигается более полное снижение кислотопродукции и проводится более интенсивная антихеликобактерная терапия.

МОЖЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Я. Савицький, М. Пляцко, Я. Швидкий
Львівський обласний діагностичний центр

Гастроэзофагальний рефлюкс (ГЕР) є досить частим захворюванням верхніх відділів ШКТ і за даними різних авторів становить від 13% до 15% патології. Симптоми ГЕР зумовлюють значний дискомфорт в пацієнтів, впливають на продуктивність праці, є постійним травмуючим психіку фактором. ГЕР зумовлює через певний проміжок часу виникнення патологічних змін у вигляді езофагіту, ерозій, виразок. Водночас ГЕР також призводить до метаплазії та дисплазії епітелію слизової (т.зв. стравохід Барета), що є основною причиною виникнення раку дистального відділу стравоходу. Метою проведеного дослідження був аналіз ефективності сучасних методів лікування ГЕР та можливості достатньої реабілітації, яка до того ж є ваговою ланкою в профілактиці раку стравоходу.

За період 1993-1995 рр. на базі Львівського обласного діагностичного центру було проведено попереднє опитування пацієнтів, скерованих на ЕГДФС. Основна увага в опитуванні приділялась присутності типових для ГЕР симптомів та травмуючих впливів (куріння, алкоголь, нерегулярне, неповноцінне харчування, підняття тягарів тощо). Наступним етапом було виявлення клініко-морфологічних змін слизової стравоходу при ендоскопічному обстеженні. Групі пацієнтів із виявленими змінами було проведено лікування Н2-блокаторами

та прокінетиками (антагоністами допамінових рецепторів). Контроль проводився через 3 місяці.

У результаті попереднього опитування було виділено групу хворих з клінічними симптомами ГЕР, яка склала 260 чоловік. Після проведеної ЕГДФС запальні зміни дистальної частини стравоходу були виявлені у 184 пацієнтів (66,9%), серед них 65 жінок та 129 чоловіків, середній вік яких становив 49,6 роки. Пацієнтам було рекомендовано лікування циметидином (400 мг) або ранітидином (150 мг) 2 - 3 рази на добу під час приймання їжі та перед сном і церукал (метаклопрамід, мотіліум) по 10мг перорально тричі на добу. Курс лікування тривав 6 тижнів. Також було рекомендовано частий прийом їжі, зменшення фізичних навантажень особливо на повний шлунок, високе положення голови під час сну.

На контроль з'явилися 151 чоловік. 118 (78,2%) з них відмічали значне покращення або зникнення симптомів ГЕР, 25 (16,1%) - помірне покращення свого стану і 8 (5,7%) - без змін. Ендоскопічна картина характеризувалась істотним зменшенням запальних змін в порівнянні з першим обстеженням. Так, із 132 пацієнтів з дистальним езофагітом запальні явища залишилися лише в 26, кількість ерозивних процесів з 19 зменшилась до 5.

Висновки:

1. Клінічні симптоми езофагіту дають вагому підставу для проведення ЕГДФС для визначення стану слизової стравоходу.
2. Хворі з ГЕР повинні знаходитись під контролем з огляду на можливість виникнення метаплазії та дисплазії слизової.
3. H2 - блокатори шлункової секреції в комплексі з препаратами прокінетиками є ефективним засобом лікування ГЕР.
4. Реабілітація хворих з ГЕР є важливим етапом в профілактиці раку стравоходу.

СОСТОЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.Н. Седых.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ухудшение экономического благосостояния населения привело к повышению заболеваемости туберкулезом, несвоевременности его выявления и, соответственно, эндоскопическому выявлению большего числа специфических и неспецифических процессов в бронхах.

Целью данной работы является выявление патологических изменений бронхиального дерева у больных туберкулезом легких и определение динамики выявленных изменений в последние годы по материалам Днепропетровского облтубдиспансера.

Нами выполнено 1570 фибробронхоскопий у лиц, больных туберкулезом, возраст которых составлял от 14 до 84 лет. Подавляющее число больных туберкулезом были в возрасте трудовой активности (20-45 лет), преимущественно мужчины. Бронхоскопии выполнялись всем впервые выявленным больным и лицам с рецидивами туберкулеза. Всем больным брались смывы из бронхов на МБТ, а по показаниям - материал на цитологию, гистологическое исследование, смывы на флору и чувствительность к антибиотикам, опухолевые клетки. Среди всех обследованных патология бронхов была выявлена у 1538 человек (98%). Отмечались активные и неактивные туберкулезные изменения бронхов, неспецифические эндобронхиты, эндобронхиальные опухоли, а также косвенные признаки опухолей и инородные тела бронхов.

В последние годы по нашим материалам отмечен значительный рост активного туберкулеза бронхов у обследуемых с 2,5% в 1986 г. до 14,7% в 1997 г. Эти данные коррелируют с повышением числа больных, заболевших туберкулезом легких в последние годы. Среди больных различными формами туберкулеза легких специфические изменения бронхов в виде инфильтратов и бронхонодулярных свищей значительно участились при инфильтративном, диссеминированном и фиброзно-кавернозном туберкулезе. Отмечено выявление большого количества довольно крупных инфильтратов, часто с признаками стеноза бронхов. В связи с поздним обращением больных консервативное лечение таких инфильтратов часто оказывается бесперспективным и требует хирургического вмешательства.

Увеличилось также количество больных с опухолевыми поражениями бронхов и неспецифическими эндобронхитами. Опухоли бронхов у больных туберкулезом отмечались в 3,1% случаев (в 1995 г. их было 1,9%). Чаще опухолевый процесс сопровождал фиброзно-кавернозную и инфильтративную форму (16,0% и 15,7% соответственно).

Неспецифические эндобронхиты были выявлены у 92,1% всех обследуемых больных туберкулезом легких, в 1995 г. среди обследуемого массива больных они составляли 86,0%. Преимущественно отмечались катаральные эндобронхиты.

Таким образом, в последние годы отмечается увеличение количества больных туберкулезом легких со специфическими и неспецифическими поражениями бронхов, что требует тщательного эндоскопического обследования и лечения этой категории больных.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.Н. Седых

Днепропетровская государственная медицинская академия

В связи с повышением уровня заболеваемости туберкулезом состояние слизистых оболочек трахеобронхиальных путей у этой категории больных остается в центре внимания фтизиатров.

Нами проанализированы 120 историй болезней больных туберкулезом легких, имеющих изменения в бронхиальном дереве в виде туберкулезных поражений и диффузных неспецифических поражений слизистой. Большинство больных (80%) составляли мужчины трудоспособного возраста. Специфические изменения бронхов наблюдались у 47 больных. Из клинических форм туберкулеза, при которых отмечались туберкулезные поражения бронхов, следует отметить диссеминированный, инфильтративный, фиброзно-кавернозный туберкулез. Обращают внимание участвовавшие случаи туберкулеза бронхов при очаговой форме. Необходимо отметить, что большая часть больных туберкулезом, имеющих изменения в бронхах, была выявлена несвоевременно. Туберкулезные поражения бронхов были представлены преимущественно инфильтратами со стенозом или без, и небольшая группа больных имела бронхонодулярную форму туберкулеза бронхов. Язвенного туберкулеза бронха мы не отметили ни у одного больного. Диффузные неспецифические эндобронхиты сопровождали туберкулез бронхов у 34% больных. Неспецифические изменения бронхиального дерева отмечались у 73 больных, преимущественно были катаральные формы эндобронхита I и II ст. У 26 больных отмечались катарально-гнойные процессы в бронхах. Все больные получали противотуберкулезную терапию 3-5 препаратами.

Мы использовали предложенную нами схему эндобронхиального лечения неспецифических процессов в бронхах, которая наиболее приемлема в условиях противотуберкулезного диспансера. Больному выполняется три фибробронхоскопии в неделю с тщательной санацией и введением ферментов, противомикробных препаратов и бронхолитиков. В остальные дни больной получает эти же препараты в виде эндобронхиального введения гортанным шприцем. На третьей недели выполняется две фибробронхоскопии и на четвертой - одна, продолжая эндобронхиальное введение препаратов гортанным шприцем. Обычно через две недели ферменты отменяют, по выбору к лечению подключают гепарин, алоэ, облепихо-

вое масло в зависимости от вида эндобронхита. Далее больной получает в течение двух недель фито-аэрозольтерапию. Следует отметить, что лечение неспецифических эндобронхитов - процесс длительный. Даже при исчезновении клинических симптомов эндобронхиальные признаки еще сохраняются, особенно при гнойных процессах. Поэтому курсы эндобронхиального лечения следует повторять через 2-3 недели.

При лечении туберкулеза бронхов у больных туберкулезом легких максимально использовалось эндобронхиальное введение противотуберкулезных препаратов. Все больные получали один из противотуберкулезных препаратов в виде аэрозольтерапии (курс - 30 дней). В течение трех недель больным выполнялась фибробронхоскопия два раза в неделю, в остальные дни - специфические препараты вводились гортанным шприцем. Кроме того, части больным назначался внутриорганный электрофорез. Из противотуберкулезных препаратов использовались изониазид, рифампицин, стрептомицин. Параллельно назначалось лечение сопутствующего эндобронхита. Предложенная схема лечения позволяет на 20-25 дней сократить сроки лечения больных туберкулезом в стационаре.

Таким образом, возможности эндобронхиального лечения туберкулеза и другой патологии бронхов довольно значительны. Мы рекомендуем данный метод в комплексном лечении больных туберкулезом легких.

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Н.Н. Седых

Днепропетровская государственная медицинская академия

Сочетание хронического бронхита (ХБ) и туберкулеза легких (ТЛ) характеризует новый, более тяжелый этап течения патологических процессов в бронхолегочном аппарате. По нашим данным сочетание ТЛ и ХБ в клинике встречается в 68 (76,6%) случаев, причем отмечаются выраженные нарушения иммунологической реактивности.

Целью данной работы было изучение состояния местного иммунитета путем исследования бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ). Исследовано 37 больных ХБ, 12 пациентов ХБ в сочетании с активным ТЛ и 10 здоровых лиц (контроль). В бронхиальном секрете подсчитывали количество клеток (в 1мл), их жизнеспособность, определяли функциональную активность альвеолярных макрофагов, содержание лизоцима и секреторного Ig А. Установлено, что

количество клеток в БАЛ у больных и здоровых достоверно не различалось. Однако выделенные клетки отличались по своей жизнеспособности, которая достоверно понижалась у больных, особенно в сочетании ТЛ и ХБ.

Значительно была изменена также функциональная активность выделенных клеток (нейтрофилов и альвеолярных макрофагов). Так, выявлено, что у лиц без легочной патологии только 5-14% нейтрофилдв ($9,2 + 1,1\%$) способны восстанавливать нитросиний тетразолий, что свидетельствует об отсутствии активности этих клеток и воспалительных изменений со стороны органов дыхания. У больных ХБ в сочетании с активным туберкулезом тетразолиевая активность нейтрофилов резко возрастала, достоверно превышая показатель в контроле соответственно в 3 и 6 раз. Особенно интенсивным этот показатель был при микст-формах ТЛ, его средняя величина достоверно отличалась от такового у больных ХБ.

При изучении функциональной активности альвеолярных макрофагов (АМ) оказалось, что у больных с сочетанной легочной патологией, а также у пациентов с ХБ определялось достоверное ее падение, выражающееся в резком уменьшении по сравнению с нормой средних величин упомянутых тестов. Наиболее резкое и достоверное снижение фагоцитирующих клеток и фагоцитарного числа, совпадающее с уменьшением жизнеспособности клеток, наблюдалось у обследованных с микст-формами ТЛ.

В БАЛ определяли также фактор естественной резистентности организма - лизоцим (фермент мурамидаза), вырабатываемый бронхиальными железами и АМ. Исследование содержания лизоцима при ТЛ и ХБ показала, что резкое понижение активности фермента определялось только у больных ТЛ в сочетании с ХБ, в то время как при ХБ средние величины изучаемого показателя не отличались от нормы.

У больных ТЛ в сочетании с ХБ и у больных ХБ отмечалось выраженное снижение содержания секреторного Ig A, причем более интенсивное при сочетанных формах заболевания.

Следовательно, изучение показателей, характеризующих состояние клеточных и гуморальных факторов местного иммунитета, имеет большое значение для дифференциальной диагностики изучаемых заболеваний. У больных ХБ в сочетании с ТЛ в отличие от больных только ХБ определяются резкое снижение количества лизоцима, секреторного IgA и значительные изменения функциональной активности клеток в бронхиальном секрете. Последнее выражается в падении фагоцитирующих способностей АМ, повышении ферментативных свойств нейтрофилов, что сопровождается уменьшением жизнеспособности указанных клеток.

**ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
В УСЛОВИЯХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОГО
МЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

Сможанин В.В.

ОМКДЦ, г. Житомир.

Нами обобщен опыт лечения 42 больных с неосложненной язвой желудка (10 чел) и двенадцатиперстной кишки (32 чел.) за период с 1993 по 1995 год способом эндоскопической лазеротерапии гелийнеоновым лазером с длиной волны 0,63 мкм, с граничными значениями плотности мощности излучения от 0,03 до 0,5 Вт/см, с экспозицией 5-10 мин. с интервалом облучения 1-2 дня.

Типичным для этой категории больных является диаметр язв до 0,8 см. с локализацией в различных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки (три случая с хроническими язвами желудка до 3 см в диаметре).

Ускорение и характер заживления язв находится в прямой зависимости от размера дефекта, продолжительности заболевания, характера и степени выраженности изменений слизистой.

После второго - третьего сеанса лазеротерапии при эндоскопическом контроле отмечено уменьшение воспалительных изменений слизистой параульцерозной зоны, уменьшение глубины язвенного дефекта.

После третьего - четвертого сеанса облучения визуально отмечалось уменьшение язвы в диаметре, дно ее очищалось от фибрина, инфильтративный вал не определялся. Диспептические расстройства исчезали, а боли значительно уменьшались.

После пятого сеанса лазеротерапии эндоскопически определялся дефект слизистой без налета фибрина, клинически отмечалось выздоровление.

К вопросу о механизме действия низкоэнергетического лазерного излучения следует отметить универсальный характер воспалительной реакции, заключающейся в развитии асептического продуктивного воспаления. (По материалам международной конференции, посвященной перспективным направлениям лазерной медицины - Одесса, 1992 г.)

Взаимодействие лазерного излучения с гемоглобином ведет к усилению процессов тканевого метаболизма.

При облучении макрофагов происходит изменение активности их интерлейкин 1 продуцирующей функции, секреция фактора некроза опухолей, которые являются важнейшими модуляторами В- и Т-клеточного иммунитета. Эти факторы играют ключевую роль в механизмах стресса - адаптации, активируя все виды обмена и выделение гормонов.

Таким образом, под влиянием излучения гелий-неонового лазера при язвенном поражении желудка и двенадцатиперстной кишки активизируются репаративные процессы. Характерным является заживление язвы звездчатым рубцом без деформации слизистой после 5-8 сеансов облучения в течение 12-20 дней.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Е.В.Соколова, П.Б.Лысунец, И.В.Ткачук, Н.Н.Нестеренко

Городская больница №11, г.Днепропетровск

Резидуальный холедохолитиаз продолжает оставаться актуальной проблемой в хирургии желчных путей.

Мы располагаем опытом лечения резидуального холедохолитиаза у восьми больных после различных видов операций в отделениях абдоминальной хирургии. У пяти больных камни были выявлены в холедохе после холецистэктомии, выполненной лапаротомным доступом, у трех после лапароскопического удаления желчного пузыря. Время, прошедшее после холецистэктомии, составило от 5 дней до 4 лет. Все больные поступали в отделение эндоскопической хирургии с жалобами на желтушность кожных покровов, боли в верхней половине живота различной интенсивности. Уровень билирубина в крови при поступлении составлял от 48 до 114 ммоль/л.

Всем больным была произведена ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Ширина холедоха была от 1,5 см до 2,5 см; количество конкрементов от 1 до 3, их размеры от 0,5 до 2,0 см в диаметре. Сразу же после установления наличия холедохолитиаза всем

больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) до расхождения краев папиллотомной раны в виде сектора, ориентируясь на расстояние до переходной складки фатерова сосочка. Со следующего дня проводилась желчегонная терапия (оливковое масло, аллохол, магнезия) и ЛФК.

На контрольной РХПГ, которая была проведена на 2-3 день после ЭПСТ, теней конкрементов в холедохе не определялось у семи больных, ширина его просвета уменьшилась, клинические и лабораторные проявления желтухи прошли в ближайшие дни после отхождения камней.

В дальнейшем эти больные в клинику не обращались.

Исключение составила одна больная, которая поступила в отделение спустя три года после лапаротомической холецистэктомии. Ширина холедоха в данном случае составляла 2,0 см, размеры конкремента 1,8 см в диаметре.

После ЭПСТ отхождения конкремента не произошло, попытка его извлечения при помощи корзинки Dormia успехом не увенчалась.

Учитывая большие размеры камня, нарастание уровня билирубина в крови, больной произведена лапаротомия с последующей холедохолитотомией, извлечением конкремента и наложением глухого шва холедоха. Больная выписана после снятия швов с выздоровлением.

Таким образом, ЭПСТ является той «малотравматичной» операцией, которая позволяет без лапаротомии избавиться от резидуального холедохолитиаза с высокой степенью эффективности (87,5%).

В случае невозможности отхождения конкрементов через папиллотомную рану в послеоперационном периоде после лапаротомии она выступает в роли внутреннего дренажа и позволяет наложить глухой шов холедоха без наружного дренирования общего желчного протока.

ВЛИЯНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА (БАЛ) НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Т.Д. Терзиева, А.А. Цаберябий.

Областной диагностический центр, г. Днепрпетровск

Увеличение количеств больных с хроническим бронхитом (ХБ) вызывает необходимость проведения у них БАЛ с целью улучшения диагностики и лечения.

За период 1997 г. Нами обследовано 192 больных с ХБ. Из них 152 чел. Составили основную группу, 40 чел. - контрольную группу, которым назначалась терапия без БАЛ.

Больные основной группы, в зависимости от выраженности воспалительных изменений в слизистой трахеи и бронхов, были разделены на три группы:

1 - 101 чел. (65,5%) диагностирован атрофический эндобронхит (контрольная группа 15 чел.)

2 - 39 чел. (25,5%) диагностирован гнойный эндобронхит (контрольная группа 13 чел.)

3 - 12 чел. (8%) диагностированы бронхоэктазы (контрольная группа 12 чел.)

Мужчины - 118 чел. (61,4%), женщины - 74 чел. (38,5%), в возрасте от 32 до 67 лет.

Санационная бронхоскопия преследовала следующие цели:

- ликвидация микробного заражения бронхиального дерева и снижение степени антигенемии и интоксикации;
- восстановление бронхиального дренажа, функции мукоцилиарного аппарата;
- нормализация общего и местного иммунитета;
- устранение обструкции бронхов.

БАЛ при бронхоскопии расширяется возможности диагностики в иммунологических исследованиях, в частности - определение секреторного иммуноглобулина (Sig A), что характеризует состояние местного иммунитета.

В случаях неспецифического воспаления бронхов различной степени, проводились лечебные бронхоскопии с учетом результатов посевов смывов бронхиального дерева и определения чувствительности патогенной флоры к антибиотикам. Отличный противовоспалительный лечебный эффект при использовании суспензии аутологичных макрофагов.

Поскольку в очаге гнойного затяжного воспаления, количество альвеолярных макрофагов и их поглотительная, бактерицидная активность, а также способность секретировать

лизосим, значительно угнетены, то для коррекции фагоцитарных механизмов использовались более активные клетки здоровых участков неповрежденных сегментов.

При вирусной инфекции - традиционная антибактериальная терапия не эффективна. В аспирате из бронхов микрофлора, как правило, отсутствует, а воспалительные изменения в бронхах сохраняются.

В литературе имеются указания на наличие антигенов вирусов в аспирате и лаважной жидкости из бронхов, но в случае отсутствия цилиндрического эпителия в аспирате, проводится щеточная биопсия слизистой оболочки. Полученный, с помощью браш-биопсии, материал помещается в стерильный физ. раствор, взбалтывается, центрифугируется и проводится иммунофлюоресцентное исследование и этим же материалом заражалась культура тканей.

На основании полученных данных при ФБС была откорректирована комплексная противовоспалительная терапия. Эффективность лечения у больных основной группы с гнойным эндобронхитом была на 30% выше, чем у контрольной группы. У больных с бронхоэктазами - на 25% выше, чем в контрольной, а у больных с атрофическим эндобронхитом на 15% выше, чем в сравниваемой контрольной группе.

Полученные результаты позволяют заключить, что БАЛ является средством выбора для лечения больных с различными формами ХБ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА (БАЛ) В СОЧЕТАНИИ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ХРОНИЧЕСКИХ БРОНИТОВ (ХБ)

Т.Д. Терзиева, Г.Э. Кузнецов, Е.М. Дитятковская

**Областной диагностический центр, 7-я городская клиническая больница,
г. Днепропетровск**

Несмотря на успехи антибактериальной терапии в настоящее время все большее внимание уделяется вопросам вирусной инфекции как этиологическому фактору в развитии хронического бронхолегочной патологии, в частности, хронических бронхитов (ХБ).

Увеличение количества больных с хроническим бронхитом (ХБ) вызывает необходимость проведения у них БАЛ с целью улучшения диагностики и лечения.

Санационная бронхоскопия преследует следующие цели:

1. Ликвидация микробного заражения бронхиального дерева и снижение степени антигенемии и интоксикации;
2. Восстановление бронхиального дренажа, мукоцилиарного аппарата;
3. Нормализация общего и местного иммунитета;
4. Устранение обструкции бронхов.

Нами обследовано 192 больных ХБ. Из них 152 чел. составили основную группу, 40 человек контрольную группу, которым назначалась терапия без БАЛ.

Больные основной группы в зависимости от выраженности воспалительных изменений в слизистой трахеи и бронхов были разделены на три группы:

1. 101 человек (66,5%) диагностирован атрофический эндобронхит, (контрольная группа - 15 человек).

2. 39 человек (25,5%) - диагностирован гнойный эндобронхит, (контрольная группа - 13 человек).

3. 12 человек (8%) - бронхоэктазы, (контрольная группа - 12 человек).

Мужчины - 118 чел. (61,4%), женщин - 74 чел. (38,5%), в возрасте от 32 - 67 лет.

БАЛ получают, вводя в биопсионный канал фибробронхоскопа дробными порциями 0,9% физиологический раствор с температурой 37 С по 20 мл (всего 60-100 мл). Эта жидкость затем аспирируется. Выход жидкости - 10-60%.

Полученные в процессе первичной обработки субстраты используются для определения клеточного состава БАЛ, определения жизнеспособности клеток, определения интенсивности окислительно-восстановительных процессов в альвеолярных макрофагах, а также активности гуморальных факторов местного иммунитета-лизоцима и секреторного иммуноглобулина.

Полученные промывные воды, содержащие большое количество АМ, (до 90%) всех клеточных элементов, концентрируется центрифугированием, и взвесь клеток вводится в очаг воспаления в бронхолегочном аппарате.

На основании полученных данных при ФБС была откорректирована комплексная противовоспалительная терапия. Эффективность лечения у больных основной группы с гнойным эндобронхитом, была на 30% выше, чем у контрольной (р 0,05). У больных с брон-

хоэктазами - на 25% выше, чем в контрольной ($p = 0,01$), а у больных атрофическим эндобронхитом всего лишь на 15% выше, чем в сравниваемой контрольной группе ($p = 0,05$).

Полученные результаты позволяют заключить, что БАЛ является средством выбора для лечения больных с различными формами ХБ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Т.Д. Терзиева, Г.Э. Кузнецов, Е.М. Дитятковская

**Областной диагностический центр, 7-я городская клиническая больница,
г. Днепропетровск**

Проблема бронхитов из-за распространенности и тяжести осложнений привлекает особое внимание многих исследователей. Лишь в последние годы благодаря развитию клинической иммунологии, вирусологии, диагностической фибробронхоскопии представилось возможным дать более точное определение хронического бронхита. Течение бронхита и переход его в хроническую форму связаны с состоянием иммунной системы и формированием персистентной вирусной инфекции.

В работе проводится характеристика хронического бронхита с учетом эндоскопических данных, полученных при бронхоскопическом исследовании. Преобладали больные пожилого и среднего возраста. Почти вдвое больше мужчин, из которых злостные курильщики составляли 30%. Каждому больному за время наблюдения (1992-1997 гг) произведено от 2 до 10 бронхоскопий. Отработана и внедрена в практику методика получения антигенов вирусов в цилиндрическом эпителии бронхов. Системное наблюдение их и тех же больных на протяжении этих лет позволило выявить три формы хронического бронхита:

1. Простой катаральный;
2. Катаральный обструктивный;
3. Катарально-гнойный обструктивный.

Во всех трех группах хронического бронхита выявлена общая эндоскопическая картина. Это диффузный катаральный эндобронхит, выраженный в различной степени, нередко с локальным отеком слизистой оболочки. В просветах - скудный серый налет с секретом, при бактериальном обсеменении в верхних дыхательных путях секрет с примесью гноя. Ин-

тенсивность воспалительных изменений имела прямую зависимость от давности заболевания, характера обострений, обусловленных ОРВИ, выраженности вторичных иммунодефицитов в крови и от характера воспалительных изменений в миндалинах. Наиболее выраженные катаральные изменения в бронхах отмечались у лиц с удаленными миндалинами и комбинированными иммунодефицитами. Именно у этой категории больных в 70% случаев удалось установить персистирующую вирусную инфекцию в бронхах. Это дает основание рекомендовать в базисной терапии противовирусные средства при комбинированном лечении этих больных.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА И ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА ЖЕЛУДКА

**А.В.Тофан, Г.С. Бойко, В.Н. Бобокал, З.Н. Ковальчук, К.В. Кузнецов, Л.В. Скорода,
А.П. Кузьменко, З.И. Каминская, В.А. Сеница, И.Н. Троицкая.
Киевская медицинская академия последипломного образования,
Украинский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г.Киев**

В онкологическом отделении УНИИОР сифилис желудка диагностирован у 21 больного. Исследования проводились различными моделями фиброэндоскопов фирмы "Olympus" с использованием видеосистем OTU-F3 или EVIS-140.

При первичном эндоскопическом исследовании сифилис желудка установлен только в 1 из 21 наблюдений. Этот диагноз поставлен на основании ранее изученных учебных слайдов фирмы Olympus". Подозрение на сифилис желудка после многократных повторных эндоскопических исследований высказано у 5 пациентов. В этих случаях гистологическое заключение биопсийного материала на злокачественные клетки было отрицательным. Вспомогательными критериями для диагноза «сифилис желудка» служили общеклинические данные: молодой и средний возраст больных, полиморфизм жалоб, короткий анамнез и быстрое прогрессирование патологических изменений в желудке. Все 5 больных были направлены в эндоскопическое отделение УНИИОР с диагнозом: подозрение на рак желудка. В остальных 15 случаях, на основании эндоскопической семиотики, установлен ошибочный диагноз - злокачественная опухоль желудка. Из них у 7 больных - злокачественная лимфома желудка и у 8 - рак желудка.

Сифилитическое поражение в желудке преимущественно локализовалось в дистальном отделе, реже - в теле желудка. Ни в одном случае не наблюдалось поражения проксимального отдела желудка. Сугубо патогномоничной эндоскопической семиотики, свойственной только сифилису желудка, мы не установили.

У 10 больных эндоскопическая семиотика характеризовалась выраженной инфильтрацией слизистой оболочки дистального отдела желудка с одиночными или множественными мелкими изъязвлениями, сужением и умеренной деформацией пораженного отдела.

Обширные изъязвления без четких контуров, контактно кровоточащих, размером от 1,5 см до 4 см обнаружены у 7 больных. Локализация поражения преимущественно наблюдалась по большой кривизне, задней и передней стенках желудка.

Диффузная инфильтрация дистального отдела и нижней трети тела желудка с полиповидными утолщениями слизистой оболочки, местами напоминающими грануляционную ткань, диагностирована у 3 больных, и только в одном наблюдении выявлена выраженная, четко очерченная, напоминающая рожистое воспаление, гиперемия на фоне бледно-розовой оболочки желудка.

После получения положительного ответа на реакцию Вассермана все больные направлены в кожно-венерологические диспансеры. Только 3 из 21 пациента явились на контрольное эндоскопическое исследование после окончания курса специфической терапии. При эндоскопическом обследовании установлено: полное эпителизация обширных язвенных и псевдоопухолевых поражений без рубцевания и деформации желудка.

Таким образом, эндоскопическая и дифференциальная диагностика сифилиса желудка чрезвычайно сложна. На основании эндоскопической семиотики диагноз сифилис желудка поставить практически невозможно. Окончательный диагноз устанавливается на основании комплексного обследования с использованием лабораторных исследований: реакции Вассермана, осадочной реакции Кана и цитохоловой реакции, подтверждающих поражение организма сифилисом.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

**А.В.Тофан, К.В. Кузнецов, К.А. Галахин, Г.С. Бойко, З.И. Каминская, З.Н. Ковальчук,
В.Н. Бобокал, В.А. Сеница.**

**Украинский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, КМАПО,
г.Киев**

Злокачественная лимфома желудка (ЗЛЖ) занимает по частоте первое место среди всех неэпителиальных новообразований желудка и второе место среди злокачественных опухолей желудка после рака этого органа.

По эндоскопической картине различают язвенную, опухолевидную и смешанную форму ЗЛЖ. При первой форме встречаются изолированные крупные язвы с бугристыми инфильтрированными краями или множественные изъязвления, плоские язвенные поля без четкой демаркации. Опухолевидная форма имеет эндофитную и экзофитную разновидности. При эндофитной ЗЛЖ слизистая оболочка желудка эндоскопически может быть мало измененной, что объясняется распространением процесса в глубокие отделы стенки желудка. В других случаях она может быть утолщена, с отеком и уплотненным подслизистым слоем, несколько бугристая, за счет чего стенка желудка в области поражения достигает толщины 0,8-1 см и более.

За период с 1990-1997 гг. в УНИИОР в отделении эндоскопии был поставлен диагноз ЗЛЖ у 65 больных.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) проводилась эндоскопами фирмы "Olympus" с взятием прицельной множественной биопсии. ,

Из 65 больных мужчин было 40(61,5%), женщин - 25(38,5%). По возрасту распределение больных было следующим ; до 20 лет 4 больных (6%), от 20 до 55 лет 37 больных (57%), старше 55 лет 24 больных (37%).

При эндоскопической диагностике было выявлено, что у 26 больных (40%) ЗЛЖ локализовалась в антральном и препилорическом отделах желудка, поражение тела и выходного отдела желудка было у 19 больных (29%), поражение тела желудка - у 13 больных (20%), тотальное поражение желудка диагностировано у 6 больных (9%) и у 1 больного ЗЛЖ локализовалась как в желудке, так и в нижней трети пищевода.

По эндоскопической картине язвенная форма ЗЛЖ выявлена у 34 больных (52%), опухолевидная форма была у 17 больных (26%) и смешанная форма - у 14 больных (22%).

У всех 65 больных диагноз ЗЛЖ был верифицирован при помощи множественной прицельной биопсии, проведенной во время ЭГДС. У 16 больных (25%) ЗЛЖ была верифицирована после первой биопсии, у 49 больных (75%) ЗЛЖ была подтверждена патогистологией после многократно проведенных биопсий (от 2 до 6 раз).

Выводы:

1. За последние годы количество больных ЗЛЖ значительно увеличилось, но диагностика этого заболевания до сих пор является сложной задачей эндоскопии.

2. Учитывая сходную эндоскопическую картину дифференциальная диагностика должна проводиться с раком желудка, язвенной болезнью, сифилисом желудка, эрозивным гастритом, псевдолимфомой, гипертрофическим гастритом.

3. Более часто ЗЛЖ страдают люди среднего и молодого возраста.

4. Чаще ЗЛЖ локализуется в антральном и препилорическом отделах желудка и имеет язвенную форму.

5. Многократное проведение прицельной множественной биопсии позволяет верифицировать ЗЛЖ у всех больных.

ВЛИЯНИЕ КАРБОПЕРИТОНЕУМА НА ГЕМОДИНАМИКУ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Г.А. Трещалин, В.Н. Чернев, В.Ф. Струк, Ю.О. Поленцов.

Главный Военный Клинический Госпиталь МО Украины,

Украинская военно-медицинская Академия

Учитывая рост активности лапароскопических вмешательств при неоднозначности описания в научной литературе влияния карбоперитонеума на гемодинамику и газообмен, мы провели собственное исследование состояния кровообращения во время плановой лапароскопической холецистэктомии.

Больные были оперированы в условиях общей анестезии с ИВЛ (МОД= 100 мл/кг х мин.). Возраст обследованных больных составил 30-68 лет, длительность вмешательства - 35+12 минут, интраабдоминальное давление - 12-16 mm.Hg.

Оценка газового состава артериальной крови не выявила гиперкапнии, PaCO₂ составило 35±3 mm.Hg, но при оценке гемодинамики была выявлена разница изменений в зависимости от возраста больных (до 50 лет и старше 50 лет), которая представлена в таблице.

№	Показатель кровообращения	Этапы обследования					
		До наложения карбоперитонеума		Через 30 мин после наложения карбоперитонеума		Через 15 мин после устранения карбоперитонеума	
		I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
1.	ОПС дин×см ⁻⁵ ×сек	1440±81	1549±84	1767±150*	2326± 108*	1781±177	1990±13 1
2.	МОК л/мин	4,59±0,25	5,22±0,26	5,94±1,01*	3,73± 0,48*	4,59±0,22	4,13± 0,32
3.	СИ л/мин×м ²	2,58±0,07	2,81±0,04	3,28±0,2*	2,03± 0,27*	2,47± 0,13*	2,18± 0,14*

I группа - больные моложе 50 лет; II группа - больные старше 50 лет.

* - P 0,05 при сравнении с показателями другой группы на этом этапе;

ОПС - общее периферическое сопротивление; МОК - минутный объем крови; СИ - сердечный индекс.

Как видно из таблицы, у больных старше 50 лет отмечается значительное увеличение постнагрузки на этапе карбоперитонеума, сопровождающееся существенным снижением СИ, что может потребовать:

1. от хирурга - уменьшения интраабдоминального давления,
2. от анестезиолога - применения кардиотонической терапии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.В. Филин, Л.М. Леванчук (Мяукина).

Ленинградская областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург

Кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта, причиной которых являются различные заболевания, продолжают оставаться сложной проблемой неотложной хирургии. Несмотря на улучшение ранней диагностики и совершенствование методов консер-

вативного и оперативного лечения, летальность при гастродуоденальных кровотечениях остается высокой.

Продолжаются поиски новых эффективных методов лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями (ОЖКК), Современные эндоскопические аппараты и инструменты открывают в этом направлении новые возможности.

В Ленинградской областной клинической больнице при кровотечениях у больных с высоким риском хирургического вмешательства (преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, ранний послеоперационный период, септические состояния и др.) окончательную остановку кровотечения эндоскопическими методами (инъекционным, аппликационным, электрокоагуляционным) считали предпочтительной, поэтому попытки достижения гемостаза у них проводили более настойчиво. При рецидивах кровотечения считали оправданными повторные лечебные эндоскопические вмешательства у данной категории больных.

Остановка кровотечений с использованием вращающегося клипатора (HX-5LR, в сочетании с дистальным колпачком MH-595, Olympus) осуществлялась в нашей больнице с июня 1997 по июнь 1998 года.

Метод применен у 29 больных в возрасте от 20 до 81 года с острыми желудочно-кишечными кровотечениями: 1 с опухолью желудка, 2 при синдроме Меллори-Вейсса, у 26 имелись язвенные кровотечения (острые язвы: желудка - 9, луковицы - 7, хронические язвы: желудка - 2, луковицы - 6, желудочно-кишечного соустья-2). При этом у 1 пациента наблюдалось кровотечение (по Forrest) - IA, у 10 - B, у 7 - ПА и у 8 - ПВ.

У 8 пациентов кровотечение явилось осложнением течения язвенной болезни, а у 21 больных оно было осложнением другого заболевания (гнойный панофтальмит - 1, гемофилия - 2, острый инфаркт миокарда - 2, опухоль желудка - 1) или операции (на сердце - 2, на сосудах конечностей - 2, на органах брюшной полости - 7, забрюшинного пространства - 1, акушерские операции - 2, трансплантация почки - 1.)

У 9 больных, на этапе освоения техники клипирования, остановку кровотечения выполняли в комбинации с инъекционным способом, у 20 - окончательный гемостаз достигнут только с использованием эндоклипс, У 3 больных (2 с гемофилией и 1 с синдромом Меллори-Вейсса) возникала необходимость в повторной остановке кровотечений.

Дистальным колпачком использовали при залуковичных язвах, а также при язвах нижней и задней стенок луковицы двенадцатиперстной кишки, что позволило не только

хорошо визуализировать источник кровотечения, но и в благоприятных условиях работать инструментами.

У 26 больных эндоскопический метод (на фоне комплексной гемостатической терапии) стал окончательным способом остановки ОЖКК, 2 больных с хроническими язвами луковицы ДПК и 1 с опухолью желудка оперированы в связи с высоким риском рецидива кровотечения. Погибли 2 пациента от тяжелой основной патологии.

Применение ротационного клипатора показало высокую эффективность и надежность метода, который уже известные способы эндоскопического гемостаза. Наш небольшой опыт позволил считать применение данного метода весьма перспективным, особенно у больных с высоким риском оперативного вмешательства - как окончательный способ гемостаза.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

П.Д. Фомін, Е.Е. Переш.

Національний медичний університет, м. Київ

Нами проаналізовано клініко-ендоскопічну характеристику гострокровоточивних гастродуоденальних виразок (ГКГДВ) у 461 (24,6%) у пацієнта похилого та старечого віку, що знаходився під нашим спостереженням за період з 1994 по 1996 роки. Чоловіків було 262 (56,8%), а жінок - 199 (43,2%).

Відповідно до прийнятої у даній віковій категорії класифікації на основі клінічних та інструментальних даних у 117 (25,4%) хворих була "стареча" виразка з давнім анамнезом, а у 344 (74,6%) - "застаріла", що вперше виникла у віці за 60 років на фоні важкої супутньої патології.

Найбільш інформативним методом встановлення джерела та характеру кровотечі, розміру та локалізації виразкового дефекту, стану гемостазу у виразці є фіброгастроскопія, котра застосована нами у 406 (88,1%) пацієнтів. У 55 (11,9%) хворих її не використовували (20 - відмовилися від обстеження, 35 особам воно не виконувалося через вкрай важку супутню патологію). Джерело кровотечі у всіх них в подальшому встановили рентгенологічно (46) чи на аутопсії (9). Загалом, виразка локалізувалася у дванадцятипалій кишці у 291 (63,1%) хворого, у шлунку - у 136 (29,6), поєднане розміщення виразок було у 26 (5,6%) та пептична виразка анастомозу - у 8 (1,7%) осіб.

Виявилося, що серед “старечих” виразок майже в 2 рази частіше зустрічається шлункова локалізація, ніж серед “застарілих” (у 52 (44,4%) та 84 (24,4%) відповідно.) Доуденальне розташування виразкового дефекту більш характерне для “застарілих” виразок (227 (66%) проти (54,7%) серед старечих ($p < 0,05$)).

Згідно ендоскопічних даних, “старечі” та “застарілі” виразки відрізняються між собою і за величиною та глибиною виразкової деструкції. Так, у жодного з пацієнтів із “старечею” виразкою розмір останньої не перевищував 2 см., а у 104 (22,6%) хворих із “застарілими” виразками їх розмір становив 3 см. і більше. Крім того, середній розмір “застарілі” виразки був статистично достовірно ($p < 0,04$) більшим за середній розмір “старечої” і відповідно складав $1,4 \pm 0,5$ та $0,9 \pm 0,3$ см. Середня глибина “застарілої” виразки ($0,6 \pm 0,06$ см.) теж статистично достовірно ($p < 0,05$) перевищує середню глибину “старечої” ($0,4 \pm 0,04$ см.)

Ознаки активного продовження кровотечі виявлено у 25 осіб (9 (7,7%) з “старечею” 16 (4,7%) із “застарілою” виразками), нестабільний гемостаз був у 201 пацієнта (63 (53,8%) з “старечею” та 138 (40,1%) із “застарілою” виразками), стійкий гемостаз на виразковому дні встановлено у 180 хворих (45 (38,5%) із “старечею” та 135 (39,2%) із “застарілою” виразками). Отже, у пацієнтів із “старечими” виразками дещо частіше спостерігався нестабільний гемостаз та продовження кровотечі, однак ця відмінність виявилася статистично недостовірною ($p > 0,05$),

При визначенні ступеню важкості крововтрати використовували класифікацію В.Д.Братуся, що у хворих зі “старечими” виразками переважав важкий ступінь крововтрати (44 (37,6%)) та середній (39 (33,3%)). Крововтрата помірного ступеню була у 34 (29,1%) осіб. У пацієнтів із “застарілими” виразками крововтрата важкого, середнього та помірного ступенів зустрічалася майже з однаковою частотою (у 118 (34,3%), 115 (33,4%) та 111 (32,3%) хворих відповідно.)

Виявлені клініко-ендоскопічні дані дають змогу зробити висновок, що серед “старечих” гострокровоточивих виразок частіше зустрічається шлункова локалізація, вони менші за розмірами та глибиною, а “застарілі” виразки більші за розмірами, глибиною і частіше розміщуються в дуоденум. Більша частина хворих як серед осіб з “старечими” так і поміж пацієнтів із “застарілими” виразками мали крововтрату середнього та важкого ступенів.

На основі отриманих даних оперативне лікування застосовано у 97 (21%) хворих, померло 9 (9,3%), а консервативне - у 364 (79%) пацієнтів, померло 49 (13,5%) осіб, загальна летальність серед 461 хворого склала 12,6%.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННЫХ С СИНДРОМОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙССА ПРИЧИН ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

П.Д. Фомин, В.М. Тихоненко, А.В. Игнатов, А.А. Ананко.

Национальный медицинский университет, г.Киев

Возможности современной эндоскопии значительно улучшили качество как диагностики, так и лечения такой разновидности желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), как синдром Мэллори-Вейсса (СМВ).

По сравнению с «доэндоскопическим» периодом удельный вес СМВ среди причин ЖКК возрос практически на порядок (с 0,1-0,2 до 7-8%) , а возможность проведения мероприятий эндоскопического гемостаза позволила практически отказаться от крайне рискованных в данной ситуации оперативных вмешательств.

Однако такая обнадеживающая картина в ряде случаев обуславливает излишнюю самоуверенность эндоскопистов и приводит к диагностическим ошибкам, когда трещины слизистой признаются единственно возможной причиной ЖКК, тогда как другие, подчас более опасные источники геморрагии остаются нераспознанными. Тем более, что по нашим данным ситуация, когда СМВ является не единственной причиной ЖКК, встречается достаточно часто - до 26,4% (252 больных) от всех пациентов с СМВ.

Наиболее часто (15,2% (145 больных)) СМВ сочетался с острыми изъязвлениями слизистой пищевода и желудка, что легко объяснимо с учетом этиологических особенностей заболевания (в первую очередь, характерного «алкогольного» анамнеза).

Более редким, однако, заслуживающим наибольшего внимания, является сочетание СМВ с острокровотокающими язвами 12-перстной кишки (100(10,5%) наблюдений). В такой ситуации показания к оперативному вмешательству определяются в первую очередь эндоскопическими характеристиками язвы, тогда как продолжающееся из разрыва кровотечение может дезориентировать эндоскописта. Интересно, что из 100 случаев сочетания язвенной болезни и СМВ кровотечение из язвы продолжалось лишь у 6 больных. Интересен и такой факт - желудочные язвы были обнаружены только у 5 (5,2%) больных с СМВ, что позволяет расценивать гиперацидное состояние желудочной секреции как один из основных предрасполагающих к развитию СМВ факторов.

Крайне редкими находками были и такие причины ЖКК, как болезнь Деллафуа, рак желудка (по 1-му больному).

Таким образом, эндоскопическая верификация у больного с ЖКК такой его причины, как СМВ не исключает наличия в желудке или 12-перстной кишке другого, требующего неотложного оперативного вмешательства, источника геморрагии, что обязательно должно учитываться хирургами, особенно при проведении экстренного эндоскопического исследования у данной категории больных.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЧЕТАНИЯ
ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА И НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАРДИИ В
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ
ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

П.Д. Фомин, Е.Н. Шепетько,

Национальный медицинский университет , Киев

Проведен анализ эндоскопических исследований по выявлению связи дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) и недостаточности функции кардии у 1579 больных кровотокающими дуоденальными язвами, которым в последующем выполнены различные виды органосохраняющих операций на основе ваготомии.

Обнаружена различная степень недостаточности функции кардии: смыкается полностью - 1267 (80,2%), смыкается неполностью (частично) - 206(13,0%), зияет - 62(3,9%), слизистая желудка пролабирует в пищевод - 44 (2,8%).

Степень ДГР при эндоскопическом исследовании определялась по наличию примеси желчи в желудочном содержимом натошак, либо при регистрации активного заброса желчи из ДПК в желудок. ДГР 1 степени обнаружен у 70 (80,5%) больных, ДГР II степени - у 17 (19,5%).

Эндоскопическое исследование, выполненное после остановки кровотечения, позволило выявить частоту сочетания ДГР с недостаточностью функции кардии. Из 87(5,5%) больных с обнаруженным ДГР сочетание с недостаточностью функции кардии было у 30 пациентов. Одинаковой была частота встречаемости пациентов с ДГР I и II степени (5,7% и 5,9% соответственно), у которых выявлено выраженное нарушение функции кардиального жома (слизистая желудка пролабировала в пищевод). Обращает внимание тот факт, что зияние кардии обнаруживалось в три раза чаще при ДГР II степени (17,6%), чем при ДГР I степени (5,9%).

При наличии недостаточности функции кардии без сочетания с ДГР производили эзофагофундопликацию на 3/4 окружности пищевода в модификации клиники, дополнив ее в трех случаях крурорафией. Сочетание недостаточности кардии и ДГР предусматривало выполнение одного из вариантов ваготомии (СПВ, КВ), эзофагофундопликацию и операцию Стронга-Витебского.

В отдаленном периоде в сроки до 14 лет из 52 больных хорошие результаты были у 49(94,2%) пациентов. У них отсутствовал гастроэзофагеальный рефлюкс и ДГР.

Таким образом, выявление эндоскопических критериев и установление связи между степенью ДГР и недостаточностью функции кардии позволяет провести адекватную коррекцию выявленных нарушений при выполнении органосохраняющих операций по поводу ост-рокровоточащих дуоденальных язв.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВОТОКА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Е.Д. Фурманенко, А.Н. Бурый, Г.Д. Бабенков

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г. Киев

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - самая распространенная болезнь органов пищеварения. Отсутствие, в ряде случаев, стойких положительных результатов консервативного и хирургического лечения этой патологии делает по-прежнему актуальным изучение патогенетических механизмов язвообразования. Среди них определенная роль, по мнению многих авторов, принадлежит нарушению кровоснабжения слизистой оболочки желудка. Существующие в настоящее время методы определения регионарного кровотока технически трудоемки и не нашли широкого клинического применения.

Целью данной работы явилось изучение диагностических возможностей радионуклидного метода в оценке кровотока желудка. В исследованиях выбран антральный отдел желудка как гастринпродуцирующая зона его.

Определение кровотока желудка выполнялось во время эндоскопического исследования непосредственно под детектором гамма-камеры (Фо-гамма IV- США). С помощью инъ-ектора в подслизистую оболочку антрального отдела желудка вводился радионуклид ¹³¹ Ин-индий в количестве 15-20 Мбк в объеме 1,0-2,0 мл физиологического раствора. Регистрация распределения изотопа из созданного депо осуществлялась с помощью ЭВМ ("Саори" - Ук-

раина) в динамическом режиме со скоростью 1 кадр в с в течение 10-15 мин. Математическая обработка данных предусматривала построение гистограмм: активность-время с зоны интереса - место введения препарата, клиренс которого происходит по экспоненциальной кривой пропорционально скорости кровотока. Уменьшение активности радионуклида в подслизистом депо характеризуется периодом полувыведения - $T_{1/2}$ и по формуле рассчитывается антральный кровоток:

$$K = \frac{0,693}{T_{1/2}} * 100\% \text{ (мл/мин 100 г ткани)}$$

где 0,693 - $\lg 2$, $T_{1/2}$ - период полувыведения препарата из антрального отдела желудка(мин.)

Обследовано 68 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки из них 51 мужчина и 17 женщин. Средний возраст больных - $36,7 \pm 6,9$ года. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц того же возраста.

В норме величины антрального кровотока колебались от 38 до 48 мл/мин 100 г ткани в среднем ($40,1 \pm 5,7$) мл/мин 100 г ткани.

При язве желудка вариабельность значений регионарного кровотока была аналогична с контрольной группой - ($39,8 \pm 4,6$) мл/мин 100 г ткани, приобретая тенденцию к снижению до 30 мл/мин 100 г ткани (в среднем - ($36,3 \pm 3,9$) мл/мин 100 г ткани) в период рубцевания язвы.

При язве двенадцатиперстной кишки кровоток антрального отделения желудка у 72% обследованных был повышен. Наибольшие величины до 65 мл/мин 100 г ткани отмечены при “открытых” язвах, снижаясь в стадии ремиссии в среднем составляя ($52,7 \pm 5,8$) мл/мин 100 г ткани.

Проведенные исследования показали, что наряду с другими факторами, увеличение кровотока, наблюдаемое у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, приводит к активизации гастринпродуцирующих желез антрального отдела поддерживая высокий уровень кислотообразования. Уменьшение - вызывает снижение регенераторной способности и резистентности слизистой оболочки к пептическому фактору желудочного сока, способствуя возникновению язв желудка.

Эндоскопическое радиологическое исследование кровотока желудка является важным звеном в комплексном обследовании больных язвенной болезнью, позволяет аргументированно подходить к выбору оптимального метода консервативного или хирургического лечения.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ

Е.Д. Хворостов, О.Е. Писанный, В.С. Шевченко.

**Кафедра хирургических болезней, Харьковский Государственный Университет,
г. Харьков**

Эндоскопическое удаление полипов, как метод лечения полипоза желудочно - кишечного тракта, благодаря своей простоте и малой травматичности, хорошим отдаленным результатам по праву занимает ведущее место в лечении этой патологии.

Под нашим наблюдением находилось 1216 больных в возрасте от 15 до 80 лет, которым произведено удаление 1519 полипов желудочно-кишечного тракта. Для удаления полипов использовались фиброгастро - и колоноскопы.

Выбор способа эндоскопической полипэктомии определялся в зависимости от размеров, типа и расположения полипа. В основном применялись токи высокой частоты (электроэксцизия и коагуляция), низкие температуры (орошение «Хладон -12»), а также различные комбинации этих физических факторов.

Методом электрокоагуляции точечным электродом удалено 513 полипов. Этот метод мы применяли, главным образом, для удаления полипов I - II типа, имеющих диаметр 5 - 6 мм. Основным недостатком является полная деструкция полипа и поэтому применять его можно только после предварительного гистологического исследования.

817 полипов удалено методом электроэксцизии диатермической петлей. Дефекты слизистой оболочки, возникающие после удаления полипов, эпителизировались у большинства больных в течении 3 - 4 недель. У 12 больных одиночные полипы желудка удалены методом криодеструкции. С помощью криозонда через фиброскоп проводилось замораживание полипа в течении 3 минут до -28-30 градусов С. Для полного исчезновения субстрата требовалось до 4 - 5 таких воздействий с интервалом 5 - 6 дней.

177 полипов удалены комбинированным методом, который заключался в последовательном применении низких температур и токов высокой частоты. Дефект слизистой в этой группе больных эпителизировался в течении 10-15 дней. Преимуществом данного метода является значительное снижение опасности возникновения кровотечения, облегчение техники набрасывания диатермической петли на основание полипа, значительное ускорение заживления дефекта слизистой оболочки без образования грубых рубцов. Осложнений и рецидивов нами не отмечено.

Все удаленные полипы подвергнуты гистологическому исследованию, результат которого определяли сроки контрольных осмотров больных.

При аденоматозных и ворсинчатых полипах больные осматриваются через 1 месяц, 6 месяцев после операции, а в последующем 1 раз в год. В ранние сроки осуществляется контроль за заживлением дефекта слизистой на месте удаленного полипа, радикальностью операции. В поздние сроки учитывается возможность возникновения рецидивов.

При полипах с интраэпителиальным раковым процессом больные осматриваются ежеквартально. С такими полипами, которые были расположены в нисходящем отделе толстого кишечника, нами эндоскопически оперировано 9 человек. В течении 5 лет наблюдений рецидивов не обнаружено.

6 больных с инвазивным злокачественным процессом (у 4 больных - полип располагался в желудке, 2 больных - в толстом кишечнике) были выполнены расширенные операции лапаротомным доступом.

При динамическом наблюдении в течении 10 лет оказалось, что рецидив доброкачественной опухоли на месте прежнего вмешательства возникает довольно редко. Истинные рецидивы обнаружены нами у 19 больных, по всей видимости в следствии неполного их удаления. Ложные рецидивы выявлены у 32 больных. Все рецидивные полипы после гистологического исследования были подвергнуты повторному эндоскопическому удалению.

Применяемые нами различные методы эндоскопической полипэктомии и результаты отдельных наблюдений за больными позволили нам выработать следующие подходы к данному методу лечения полипоза желудочно - кишечного тракта :

1. При определении показаний к эндоскопической полипэктомии необходимо придерживаться четкой зависимости выбираемого способа удаления от анатомо - морфологических особенностей каждого полипа.
2. При высоком риске возможных осложнений наиболее безопасным и надежным является комбинированный способ удаления полипов с применением криовоздействия.

3. Эндоскопическое удаление полипов с интраэпителиальным раковым процессом у лиц, имеющих противопоказания или отказывающихся от расширенных хирургических вмешательств, можно считать радикальной операцией.
4. По лечебной эффективности эндоскопическая полипэктомия не уступает органосохраняющим операциям.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТО-ХОЛАНГИОГРАФИИ

А.А. Цаберябый, А.Н. Симонов.

Областной диагностический центр, г. Днепропетровск

Методика эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) внедрена в диагностическом центре с 1993 года. Исследования проводились при помощи эндоскопических аппаратов JF-10, JF-1T20 фирмы Olympus и рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем TUR D 800-4.

Больные на обследование направляются из всех лечебных учреждений области. Исследование проводится стационарным больным из других лечебных учреждений, которые доставляются санитарным транспортом в сопровождении медицинского работника. В случае амбулаторного обращения в диагностический центр для проведения ЭРПХГ госпитализируем пациента на 1 сутки.

Контрастирование протоковых систем производим любым йодсодержащим водорастворимым контрастом. Контрастное вещество перед исследованием разводим до 25%.

Перед исследованием больным измеряем артериальное давление и проводим премедикацию: Атропин 1,0 + Анальгин 2,0 + Димедрол 1,0 или Бускопан 1,0.

Начинается исследование в положении больного на левом боку, а при введении аппарата в 12-ти перстную кишку в положении на животе. Для лучшего выведения Фатерова соска в поле зрения используем прием выпрямление аппарата по малой кривизне желудка.

В основном методика ЭРПХГ используется для определения характера желтухи и уровня препятствия при механической желтухе. Так же ЭРПХГ включена в план обследования

ния больных перед лапароскопической холецистэктомией (при наличии желтухи в анамнезе или неубедительных данных УЗИ).

За все время нами произведено 914 исследований. Из них 552 женщины и 362 мужчины. 3 раза исследование проводилось детям до 14 лет с врожденными аномалиями желчевыводящих путей. 4 больным после резекций желудка по Бильрот-2 удалось провести исследование при помощи гастроскопа с торцевой оптикой. У одного больного после резекции желудка по Бильрот-1 Фатеров сосок не удалось обнаружить. У 57 пациентов с опухолями Фатерова соска и опухолями поджелудочной железы прорастающими в 12-перстную кишку исследование сопровождалось взятием материала на цитоморфологическое исследование.

За последний год нами внедрена методика эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Проведено 35 операций как с диагностической так и с лечебной целью.

При проведении ЭРПХГ больным перенесшим холецистэктомию у 30 обнаружены рубцовые стриктуры холедоха на уровне пузырного протока, у 2 травмы холедоха.

У 14 больных нам не удалось катетеризировать Фатеров сосок, находящийся в дивертикуле.

У 362 больных при проведении ЭРПХГ мы не обнаружили патологии со стороны протоковой системы печени и поджелудочной железы.

Основное место в патологии занимает холедохолитиаз - 249 пациентов (27,2%). У 23% больных обнаружена онкопатология среди которой на первом месте рак головки поджелудочной железы - 108 больных. На одном уровне находятся опухоли Фатерова соска и ворот печени - 37 и 38 больных соответственно. 27 больным нами поставлен диагноз рак холедоха. Так же 27 больным поставлен диагноз индуративный панкреатит, 17 стенозирующий папиллит.

К редкой патологии относится киста холедоха - 2 человека. При направлении к нам больных с диагнозом киста поджелудочной железы непременным условием является нахождение больного в хирургическом стационаре, так как в случае подтверждения диагноза (заполнение нестерильным контрастом кисты) необходимо оперативное лечение в течении 6 часов после проведения ЭРПХГ. За все время нами поставлен диагноз киста поджелудочной железы 1 больному.

Таким образом, ЭРПХГ является ценным диагностическим методом позволяющим установить природу желтухи, причину холестаза. Успех проведения ЭРПХГ зависит от квалификации врача, анатомических особенностей и технического оснащения кабинета.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М.Г. Цыганок.

Житомирский областной медицинский консультативно-диагностический центр.

Желудочно-кишечные заболевания могут возникать по разным причинам. Вредное питание, быстрый темп жизни и стресс отражаются на желудке, часто приводят к развитию язвенной болезни. Эта патология поражает 10% населения экономически развитых стран. Частота язвенной болезни в нашей стране колеблется от 3 до 18 случаев на 1000 человек взрослого населения.

Язвенная болезнь - это хроническое рецидивирующее заболевание с сезонным обострением в весенне-осенний период, в основе которого лежит образование язвенного дефекта в слизистой желудка или двенадцатиперстной кишки.

Особенностями течения язвенной болезни являются: развитие осложнений, угрожающих жизни больного, и вовлечение в патологический процесс близлежащих органов.

Заболевание чаще поражает молодой, наиболее трудоспособный возраст.

В областном медицинском консультативно-диагностическом центре за период с 1992 года по 1994 год выявлено:

1992 год - 567 случаев, из них впервые выявлено 324 случая.

1993 год - 687 случаев, из них впервые выявлено 347 .

1994 год - 750 случаев, из них впервые выявлено 350.

Отмечается ежегодный рост язвенной болезни.

В последние десятилетия гастроэнтерология постоянно обогащается новыми данными по этиологии и патогенезу язвенной болезни.

На современном этапе выделяют следующие факторы в механизме образования язв: агрессивные, защитные, регенераторные и иммунные.

В конце 80-х годов выявлено, что в патогенезе язвенной болезни большую роль играет поражение гастродуоденальной слизистой оболочки геликобактер пилорис (*Helicobacter pylori*).

Что привело к включению антибиотиков в лечение язвенной болезни. Надежное уничтожение микроорганизма ведет к ремиссии заболевания. Наиболее эффективной терапевтической схемой является назначение препаратов висмута, метронидазола и тетрациклинов.

Но это сочетание иногда дает побочные явления. Поэтому рекомендуется сочетание блокаторов кислоты (больше блокаторы протонного насоса) и антибиотика.

Хороший эффект отмечается при назначении недельной тройной терапии: 20 мг омепразола 2 раза в день за 30 мин. до еды, 400 мг метронидазола 2 раза в день и антибиотика по 250 мг 2 раза в день (по литературным данным). В практике больше применяется сочетание омепразола и антибиотика.

При назначении лечения гастроэнтерологом в ОМКДЦ после выявления язвенной болезни рекомендуется контрольная эзофиброгастродуоденоскопия через 1-1,5 месяца.

У тех больных, которые являются на контрольную эзофиброгастродуоденоскопию, только изредка после лечения отмечается наличие язвенного дефекта слизистой оболочки (5%). В таком случае назначается лечение блокаторами H₂ рецепторов гистамина (гистодил, ранисан, зантак и др.) Длительная поддерживающая терапия назначается при часто рецидивирующей язвенной болезни. Назначаются препараты, активизирующие репарацию слизистой оболочки: даларгин, актовегин.

Эндоскопистами проводится местное лечение язвенной болезни введением солкосерила и актовегина, аппликациями облепиховым маслом и маслом шиповника, лечение лазером. Местное лечение язв желудка на фоне терапевтического лечения дает хороший эффект.

В основе работы гастроэнтеролога диагностического центра лежит своевременное выявление патологии органов пищеварения и назначение современного лечения во взаимодействии с эндоскопической службой, отделением ультразвуковой диагностики лучевой диагностики, лабораторным отделением.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

С.Б. Шевелюк, Ю.Г. Кузенко, Н.Д. Кучер.

Украинский Проктологический Центр, г. Киев

В эндоскопическом отделении Украинского проктологического центра в период с 1975 по 1995 гг. Полипэктомия через колоноскоп была выполнена 5659 больному с полипами прямой и ободочной кишках.

Возраст больных колебался от 5 до 89 лет.

3056 больных (54%) были - мужчины и 2603 (46%) - женщины.

66% всех полипов локализовались в прямой и сигмовидной кишках.

Сессильные полипы были удалены у 679 (11,9%) пациентов.

При гистологическом исследовании удаленных полипов в 77% случаев определялись аденоматозные полипы. Из них тубулярная аденома - 71,8%, тубуловиллезная аденома - 22,8%, villous аденома - 5,4% случаев. Легкая степень дисплазии установлена в 74%, средняя - в 19%, тяжелая степень дисплазии - в 7% случаев.

Рецидивы в первые 5 лет после эндоскопической полипэктомии составили 17%.

Пятилетнее наблюдение после полипэктомии больных с полипами до 1,5 см показало, что малигнизация была в 9,6%, а с полипами более 3 см и более - 43,6%.

Осложнения эндоскопической полипэктомии составили: кровотечения - 4 (0,07%), перфорация - 2 (0,04%).

При колоноскопической полипэктомии необходимо придерживаться следующих принципов:

1. Полипэктомия - сложное вмешательство, поэтому она должна выполняться специалистами, имеющими опыт не менее 500 диагностических колоноскопий.
2. Проводить удаление полипов только в стационарных условиях после полного клинического обследования больного.
3. Перед полипэктомией обязательна диагностическая колоноскопия.
4. Для успешного проведения вмешательства, необходимо чтобы полипэктомию проводил тот же специалист, который выполнял диагностическую колоноскопию.

Все одиночные полипы на ножке и сессильные аденомы до 3,5 см без признаков малигнизации должны быть удалены через колоноскоп, с последующим контролем через 6 мес. Большие ворсинчатые опухоли (более 3,5 см) должны удаляться с кишечной стенкой.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

С.И. Щербина, А.Н. Литвиненко, А.Н. Бурый

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, г.Киев.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) на сегодняшний день является “золотым стандартом” в лечении желчно-каменной болезни (ЖКБ). Серьезную проблему при выполнении ЛХЭ представляет холедохолитиаз. Успешная предоперационная ультразвуковая диагностика холедохолитиаза дает возможность не только избежать дорогого и небезопасного рентгеноконтрастного исследования (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография - ЭРПХГ), но также превратить его в лечебную манипуляцию (эндоскопическую папиллосфинктеротомию - ЭПСТ), с извлечением конкрементов.

По мнению специалистов, занимающихся лапароскопической хирургией, двухэтапный метод лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, является более предпочтительным. Целью исследования является оценка эффективности УЗИ, а также влияние результатов на способ лечения ЖКБ и холедохолитиаза. Проведен анализ 77 историй болезни больных, у которых диагноз холедохолитиаза был подтвержден при ЭРПХГ или вовремя операции. УЗИ органов брюшной полости предшествовало другим инструментальным методам исследования. Холедохолитиаз в сочетании с хроническим калькулезным холециститом наблюдали у 52 больных (68%) - I группа больных. У 25 больных (32%) желчный пузырь был удален в различные сроки (1 месяц - 10 лет) - II группа больных. В обеих группах при ультразвуковом исследовании диагноз холедохолитиаза установлен у 54 больных (70%), при этом в I группе у 37 (71%), а во II группе - у 17 (68%).

В последующем, больные с установленным при УЗИ диагнозом холедохолитиаза были подвергнуты различным лечебно-диагностическим манипуляциям (см.таблицу)

Метод лечения	ЖКБ + холедохолитиаз	Метод лечения	Холедохолитиаз
ЭПСТ,извлечение конкрементов (+ЛХЭ)	10 (27%)	ЭПСТ,извлечение конкрементов	12 (70%)
ЭРПХГ+холедохолитомия, (ХЭ)	18 (48,6%)	ЭРПХГ+холедохолитомия	3 (12%)
Холедохолитотомия (+ХЭ) без рентгениследования	9 (24,2%)	Холедохолитотомия без рентгениследования	2 (8%)
ВСЕГО:	37 (100%)	ВСЕГО:	17 (100%)

Таким образом, у 70% больных II группы с установленным при УЗИ диагнозом холедохолитиаза эндоскопическое вмешательство явилось завершающим этапом лечения. В I группе больных диагностированные при УЗИ конкременты только в 27% были извлечены из холедоха эндоскопически. Этим больным выполнена ЛХЭ. Остальным больным рентген исследование выполнено с диагностической целью либо вообще не проводилось - всем им произведена открытая холецистэктомия, холедохолитотомия.

Полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности и достоверности УЗИ в диагностике холедохолитиаза. Выявленный при УЗИ холедохолитиаз является показанием к проведению лечебного эндоскопического исследования - эндоскопической папиллосфинктеротомии с извлечением конкрементов, особенно при хроническом калькулезном холецистите, осложненном холедохолитиазом. Это значительно расширяет возможности и показания к ЛХЭ.

АРМ «ЭНДОСКОПИЯ» ИЛИ КОМПЬЮТЕРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТЫ ВРАЧА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ.

Г.Д. Янтовский

Медико-санитарная часть Кременчугского автозавода.

Экономические преобразования последних лет открыли доступ к новым информационным технологиям. К сожалению, имеющееся технологическое, теоретическое отставание в этой сфере преодолевается очень медленно. Основные причины, тормозящие этот процесс: недостаток финансирования и компьютерная неграмотность на всех уровнях организационной структуры здравоохранения. Особых надежд не вызывает и уровень знаний в области информатики выпускников медицинских ВУЗов последних лет.

И все же хоть и незначительные, но сдвиги в этой области есть в основном за счет отдельных энтузиастов и прогрессивных руководителей практического здравоохранения, а не организаторов высшего уровня, как этого бы хотелось.

В МСЧ КрАЗ разработана и внедрена компьютерная программа «Эндоскопия», которая намного повышает значимость эндоскопической службы за счет расширения ее инфор-

мационной базы при одновременном упрощении и ускорении работы с ней, позволяет решить проблему безбумажного учета и отчетности в эндоскопическом кабинете.

Программа написана в 2 системах: MS DOS и MS Windows.

Основными этапами работы с программой для пользователей являются ввод данных, печать документов и информационная работа с базой данных (БД).

Ввод и работа с базой данных осуществляются через формы, созданные в программе Access. Последняя позволила отказаться при вводе от готовых блоков текста, хранящихся в БД, но быстрый ввод от этого не страдает, т.к. осуществляется с помощью функции «АВТОТЕКСТ», имеющейся в Access-97. При этом готовые блоки любого объема каждый пользователь создает для себя сам и сам же без помощи программиста может их изменять, добавлять, уничтожать за считанные минуты. Целый текст или его части шифруются 2-3 буквами, а после ввода этих букв и нажатия клавиши «пробел» автоматически вводится в готовящийся документ. Вся введенная информация накапливается и хранится в полях БД.

Печать выходных документов осуществляется как на матричных, более дешевых принтерах, так и на лазерных, более совершенных печатающих устройствах. Печать на матричном принтере имеет свои преимущества в виде быстроты процесса и экономном расходовании бумаги. Но программа при этом написана в двух системах, т.к. база хранится в MS DOS, а ее анализ проводится в системе Windows с более гибкими и разнообразными возможностями. Лазерная технология печати более прогрессивна и позволяет включать в документы рисунки, схемы и т.д., которые хранятся в БД Access, при этом выходной документ получается более информативным и эстетичным, а БД может быть сделана только под Windows. Недостатками лазерной технологии является неэкономный расход бумаги-целый лист формата А4 на одно заключение и более дорогой тонер для принтера. Но те, у кого выходной документ все равно имеет формат А4, должны конечно предпочесть лазерную технологию печати.

Эндоскописту ежедневно приходится направлять материал в гистологическую и цитологическую лаборатории. Пользователю нашей программой времени на оформление направления, регистрацию факта забора гистологического и цитологического материала практически тратить не приходится, т.к. программа сама генерирует заполненные бланки направлений, если при наборе заключения вы указали откуда взята биопсия.

Очень ценным достоинством БД в Access является возможность сохранять вместе с записью информации на конкретного больного его эндоскопическую картинку. Тем, у кого имеется цифровая эндоскопическая видеосистема, это очень просто сделать. Тем, у кого ее

пока нет, надо надеяться, что в ближайшее время удастся адаптировать цифровую камеру другой фирмы к эндоскопу «Olympus». В этом направлении работа уже ведется. Совсем недорого и несложно сохранять запись звука так же с записью данных на конкретного больного. Это особенно полезно для процесса учебы, научной работы, создания банка данных собственных наблюдений.

Программа «Эндоскопия» имеет широкие практически неограниченные возможности по анализу информации. Пользователь при незначительных навыках может за считанные минуты извлечь нетрадиционную информацию, на которую не написана жесткая программа. Например: сколько больных с язвой в 12-перстной кишке в период 15 января по 20 августа имеют имя Виктор, фамилия у них начинается на букву «И», а диагноз установлен впервые в жизни.

В уже готовой программе имеются формы, в которых выводятся списки выявленных онкобольных по пищеводу, желудку, толстой кишке. Выводится информация для квартальных и годовых отчетов, данные по гистологии за последние 30 дней. В программе апробирован метод «живой» научной статьи, когда данные собственных наблюдений, отражаемых в статье, автоматически обновляются после ввода информации по каждому больному с подсчетом процентов и т.д.

Программа легко позволяет систематизировать материал, хранящийся в текстовых полях по устойчивым словосочетаниям. Она может работать и выдавать информацию на любом языке, который удобен пользователю.

«Эндоскопия» легко осваивается пользователями благодаря имеющемуся справочному материалу по работе с программой, который легко доступен и в то же время не загружает экран.

Для установки нашей программы необходим компьютер с минимальными требованиями по работе с программой Access-это оперативная память не ниже 16 Мб, процессор 100 и более, Windows 95.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХОФИБРОСКОПА BF-1T20 В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Яцута Г.А.

Республиканская клиническая больница ЛОО при КМ Украины

В связи с все возрастающими финансовыми трудностями в приобретении новых эндоскопических аппаратов, всегда остается актуальной проблема их максимально возможной универсальности.

Ранее выпускаемые бронхофиброскопы, прежде всего из-за малого диаметра инструментального канала не позволяли применять уже имеющиеся эндоскопические инструменты и осуществлять эффективную аспирацию. Наши возможности значительно расширились с приобретением в начале 1994 г. бронхофиброскопа BF-1T20 «OLYMPUS». Стандартный инструментальный канал этого аппарата позволяет применять с успехом все обычно используемые при гастро- и дуоденофиброскопиях инструменты и расширить возможности применения эндоскопических пособий в других специальностях.

Вопреки предостережениям, мы с успехом применили BF-1T20 для проведения электрохирургических эндоскопических операций при удалении новообразований гортани, трахеи, бронхов, используя диатермическую приставку раннего типа PSD или отечественный ЭС-30 без каких-либо осложнений у больных и вреда для аппарата.

Еще в 1995 г. на VIII съезде отоларингологов Украины мы доложили об успешном применении данного метода у 57 больных. При удалении новообразований гортани мы ранее использовали гастрофиброскопы, но BF-1T20 несравнимо удобнее для этих целей.

Нам просто не представился случай использовать BF-1T20 для удаления инородных тел трахеи и бронхов, но думается, что здесь он окажется весьма удобным.

С успехом мы применяли BF-1T20 в трудных анестезиологических ситуациях, когда опытным анестезиологам не удавалось произвести интубацию трахеи. В таких ситуациях мы и ранее применяли бронхофиброскопы других типов, испытывая значительные затруднения из-за невозможности эффективной аспирации.

Используя BF-1T20 в качестве визуального контролируемого направителя для проведения эндотрахеальной трубки, мы не встречали непреодолимых затруднений. Довольно просто выполняема также назотрахеальная интубация. При необходимости легко выполняема

избирательная интубация только одного из главных бронхов. Само собой разумеется, что эти манипуляции только кажутся простыми, а в трудных анестезиологических ситуациях есть масса нюансов, доступных для разрешения только опытному эндоскописту, имеющему достаточный опыт работы в операционной и четкое взаимодействие всех участников операционной бригады. К сожалению, от возникновения таких ситуаций никто никогда не застрахован и в многопрофильной больнице они могут возникнуть в любой момент. Такие остро возникшие ситуации мы успешно разрешили в 26 случаях. Но их лучше прогнозировать заранее и лучше или сразу прибегать к эндоскопической ситуации или страховаться присутствием в операционной опытного эндоскописта с соответствующей аппаратурой. Промедление в таких ситуациях действительно смерти подобно.

Нам кажется, что со временем эндоскопическая интубация трахеи в анестезиологии сможет стать одним из основных приемов не только в трудных анестезиологических ситуациях, а и в плановой хирургии.

Бронхофиброскопы типа BF-1T20 со стандартным каналом наиболее подходят для оснащения многопрофильных больниц. Технические возможности аппарата позволяют расширить сферу его применения, но внедрение эндоскопических методик в смежные специальности должно осуществляться опытными эндоскопистами. Фирме «Olympus» просто необходимо адаптировать аппарат BF-1T20 для проведения электрохирургических манипуляций, что несомненно гарантированно расширит возможности его применения в клинической практике.