

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ
УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ОНКОЛОГІЇ ТА РАДІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ КІУЛ**

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ
(ТЕЗІСИ)**

**“АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ТА
ЛІКУВАЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ”**

**м. Київ
23-24 травня 1996р.**

У збірнику представлені матеріали, присвячені одній із важливих і недостатньо вивчених проблем медицини - діагностичній і лікувальній ендоскопії. Відображені сучасні аспекти організації ендоскопічної допомоги населенню України, показана роль ендоскопічних методів дослідження в діагностиці та лікуванні різноманітних захворювань, розглянуті показання, техніка, безпосередні та віддалені результати ендоскопічних операцій і їх місце в клінічній практиці.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Проф. В. А. Попов, проф. Д. В. Мясоєдов, проф. В. В. Грубник, доц. А. В. Тофан,
к.м.н. В. І. Нікішаєв, А. Н. Бурий, В. В. Дяченко, М. Д. Дяченко, М. Д. Сьомін, О.
І. Шпак, С. Б. Шевелюк, В. В. Радченко.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ ВИСЛОВЛЮЄ ЩИРУ ПОДЯКУ
ГЕНЕРАЛЬНОМУ СПОНСОРУ КОНФЕРЕНЦІЇ КИЇВСЬКОМУ
ПІДПРИЄМСТВУ “ДІАГНОСТИЧНІ СИСТЕМИ” ЗА МОЖЛИВІСТЬ
ПРОВЕДЕННЯ КОНФЕРЕНЦІЇ ТА ПУБЛІКАЦІЇ ЇЇ МАТЕРІАЛІВ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ХОЛЕДОХОКАЛЬКУЛЕЗАХ.

**Аксенов И.Г., Сергейчук В.В., Фешенко С.И.
г. Днепропетровск**

За последние пять лет нами выполнено более 500 ретроградных холангиопанкреатографий (РХПГ) и 175 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ).

При этом использовались фиброгастродуоденоскопы Olympus JF -1T30 и Fujinon FD-XL2 с комплектом необходимого оборудования. В качестве премедикации применяли комбинацию атропина сульфата, бензогексония, реланиума или сибазона в необходимых дозировках.

РХПГ наиболее часто проводилось для уточнения клинического диагноза, выяснения причины механической или перемежающейся желтухи. Частота успешных канюляций большого дуоденального сосочка (БДС) и контрастирования холедоха возрастало с накоплением опыта эндоскопистов и достигло 85-90% . Для выполнения этой манипуляции имели значение и анатомические особенности сфинктера Одди. Канюляция обычно не вызывала затруднений при его выбухании, увеличенной продольной складке и наоборот, если сосочек и складка слабо выражены - исследование удавалось не всегда. Кроме этого, сложности возникали при фиксированной двенадцатиперстной кишке, как следствии ранее перенесенных операций и наличии парапапиллярного дивертикула.

ЭПСТ проводилось у больных с явлениями холестаза и при установленных конкрементах в холедохе. При рентгеноскопии, во время эвакуации контрастного вещества, обращали внимание на длину сфинктера Одди. Иногда для этого применяли вертикальное положение больного после контрастирования. Длина разреза сосочка обычно составляла 7-10 мм, но могла быть и большей, в зависимости от размера конкремента. В том случае, если диаметр включения не превышал 1,5 см , а длина разреза была адекватна и не было кровотечения - применяли корзинку Dormia для удаления камней, но чаще эту манипуляцию выполняли через 4-5 дней. У большинства больных наблюдалось спонтанное отхождение конкрементов или с использованием холекинетиков. В качестве осложнений в нашей практике отмечались 11 случаев кровотечения и 1 случай перфорации стенки кишки, при этом летальных исходов не было.

Таким образом, успех проведения РХПГ и ЭПСТ зависел от квалификации специалиста, анатомических особенностей органа. РХПГ имеет решающее значение в диагностике механических желтух, позволяет установить причину холестаза. По нашим данным выполнение ЭПСТ в 62% случаев приводило к ликвидации конкрементов из холедоха, в остальных - нормализовывало состояние пациентов за счет улучшения оттока желчи.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Березовский Я.С., Ширяев С.Э.

г. Днепропетровск

В формирующихся принципиально новых дифференцированных подходах к лечению калькулезного холецистита лежит стремление ликвидировать желчные камни, сохранив при этом желчный пузырь. По этому, несомненно, были оправданы поиски альтернативных традиционной холецистэктомии методов лечения калькулезного холецистита. По нашему мнению , такими методами являются органосохраняющие оперативные вмешательства - лапароскопическая холецистолитотомия (ЛХЛТ) и холицистолитотрипсия. С момента внедрения в практику отделения хирургии органов пищеварения

відеолапароскопической техніке холецистолитотомія произведена 12 больним. Показаннями к цьому виду хірургического лічення калькулезного холецистита являється наступні:

1. наявність в жовчному бульбурі єдиничних (1-2) конкрементів будь-якого складу;
2. відсутність патологічних змін стінки жовчного бульбура і порушень скоротительної здатності жовчного бульбура і сфинктерів бульбурного протока;
3. достатня переносимість хенопрепаратів (хенофальк), назначаємых в післяопераційному періоді в якості противоредичивного засуду.

Методика лапароскопической холецистотомії, предложеної в клініці, явилась предметом изобретения (заявка на получение патента на изобретения № 95083731).

Після операційних ускладнень при примененії данної методики не було. Отмечалось більш легке течення післяопераційного періоду, чєм після лапаротомної операції, рання активизация больних і хороший косметический ефект. Больные выписывались из стационара на 4-5 -е сутки.

Итак, ЛХЛТ являється малотравматичним і, в то же время, достатньо ефективним методом. Ёе проведення с послєдующої хенотерапией позволяет значительно улучшить самочувствие больних, приводит к исчезновению характерных жалоб и нормализации химического состава желчи. На протяжении 3-х летнего периода наблюдения рецидива камнеобразования у больних не наблюдалось.

ЛХЛТ нашла свое место среди хірургических методов лічення хронического калькулезного холецистита. Она может быть использована как паллеативная операция у больних с предельно высоким операційним ризиком. Для больних молодого возраста эта операция может быть альтернативой лапаротомной и лапароскопической холецистэктомии, а также экстракорпоральной ударно - волновой литотрипсии.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА ТА 12-ПАЛОЇ КИШКИ

Статистична обробка даних ендоскопічного обстеження

В.І. Білик.

м. Чернівці.

Виразкова хвороба - хронічне, циклічно протікаюче захворювання шлунка та 12-палої кишки з утворенням в періоді загострення виразок. Виникає в наслідок розладу нейрогуморальної та ендокринної регуляції секреторних та моторних процесів, а також порушень захисних механізмів слизової оболонки цих органів. Ціллю даної статті стало з'ясування захворюваності виразковою хворобою в залежності від статі, віку, соціального положення, місця проживання, а також місця локалізації виразок та їх розмірів.

За 1992-93 рр. виконано 4696 езофагогастродуоденоскопій. При цьому виявлено виразки шлунка у 143 хворих, виразки 12-палої кишки у 804 хворих, що відповідно становить 3 та 17, 1% від загальної кількості хворих.

В залежності від статі було обстежено 2563 (54,6%) чоловіків та 2133 (45,4%) жінки, тобто майже однакова кількість представників різної статі. Виразки шлунка виявлено у 94 чоловіків (65,7%) та 49 (34,3%) жінок. Це дає змогу прийти до висновку, що чоловіки хворіють виразковою хворобою шлунка в три рази частіше від жінок

В залежності від місця проживання (місто - село) кількість хворих однакова - 71 та 72 відповідно.

Розподіл хворих виразкою шлунка по віку подано в таб. 1
Таблиця 1.

до 14 років		14-20р.		20-30р.		30-40р.		40-50р.		50-60р.		60-70р.		старші70 р.	
кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%
-	-	2	1,4	4	2,8	28	19,6	43	30,1	42	29,3	21	11,7	3	2,1

Як видно з поданої таблиці, виразкова хвороба шлунка зустрічається частіше у людей зрілого працездатного віку та пенсіонерів.

По локалізації - перше місце займає тіло шлунку - 87 випадків (60,9%), із них у верхній третині 22, середній - 23, нижній (кут) - 42. Потім по мірі зменшення кількості випадків - вихідний відділ, субкардіальний та кардіальний відділи.

У 67,8% хворих виразки локалізувались по малій кривині, у 15, 1% - по передній стінці, у 11,9% по задній стінці і лише у 49% хворих - по великій кривині, причому по великій кривині виразки локалізувались в тілі та вихідному відділі та часто малгнізовані.

В залежності від розміру виразки залежність слідує:

виразки до 0,5 см в діаметрі - 29 (20,3%);

виразки до 1 см в діаметрі -68 (47,5%);

виразки більше 1см в діаметрі - 46 (32,2%).

Було виявлено 4 виразки розміром більше 4 см.

Як і виразки шлунка виразки ДПК зустрічаються значно частіше у чоловіків ніж у жінок - 570 (70,9%) проти 234 (29,1%), із них міські жителі 153 (56,3%), сільські - 351 (43,7%).

Розподіл хворих виразкою ДПК по віку подані в таблиці 2.

Таблиця 2.

до 14 років		14-20р.		20-30р.		30-40р.		40-50р.		50-60р.		60-70р.		старші70 р.	
кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%	кіл.	%
-	-	40	5	163	20,3	238	29,6	178	22	112	14	57	7,1	16	2

Як видно з поданої таблиці, виразки ДПК зустрічається у більш молодому віці, ніж виразки шлунка, причому в 36 випадках виразка виявлена у підлітків в віці від 14 до 18 років.

В абсолютно переважній більшості виразки локализуються у цибуліні ДПК - 778, що становить 96,8% і лише у 26 випадках у постбульбарному відділі ДПК-3,2%.

передня стінка 348 випадки -43,2%;

верхня стінка 171 випадок -21,3%;

нижня стінка 143 випадки -17,8%;

задня стінка 142 випадки -17,7%;

По розмірам виразки:

до 0,5см 251 випадок - 31,2%;

від0,5 до 1,0см 502 випадки - 62,4%;

білбше 1,0см 51 випадок - 6,4%.

В 28 випадках зустрічались по дві виразки (так звані” цілючі” виразки).

В 15 випадках вони локалізувались по верхній і нижній стінках і в 13 випадках по передній та задній стінках. У одного хворого були виявлені одночасно виразка цибуліни ДПК та зацибулінного відділу.

Висновки:

1. Виразкова хвороба шлунку та ДПК зустрічається частіше у чоловіків ніж у жінок.
2. Одинаково часто зустрічається виразкова хвороба у жителів міста та села.
3. Виразковою хворобою шлунка частіше хворіють в зрілому та похилому віці, тоді як виразковою хворобою ДПК - у молодому.
4. Виразки шлунку в переважній більшості зустрічаються в тілі по малій кривині, виразки ДПК в цибулині по передній стінці.
5. Як виразки шлунка, так і ДПК переважно в розмірах від 0,5 до 1 см в діаметрі, більше 1 см частіше зустрічаються виразки шлунка.

**ПОШИРЕНІСТЬ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА
ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО
ОБЛАСНОГО МЕДИЧНОГО ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ
В.І.БІЛИК
м. ЧЕРНІВЦІ**

Метою даної роботи стало з'ясування захворюваності виразковою хворобою в залежності від статі, віку, соціального положення, місця проживання, а також місця локалізації виразок та їх розмірів у жителів чернівецької області.

За 1992 - 1993 р.р. виконано 4696 езофагогастродеїоскопій. При цьому виявлено виразкову хворобу шлунка (ВКШ) у 143 хворих, виразкову хворобу 12-палої кишки (ВХДПК) у 804 пацієнтів, що відповідно становить 3 та 17,1% від загальної кількості обстежених хворих.

В залежності від статі було обстежено 2563 (54,6%) чоловіків та 2133 (45,4%) жінок. ВШ виявлено у 94 чоловіків (65,7%) та 49 (34,3%) жінок. Отже, за нашими даними, чоловіки хворіють виразковою хворобою шлунка в три рази частіше від жінок. ВХШ зустрічалася частіше у людей зрілого працездатного віку та пенсіонерів.

За локалізацією - перше місце займає тіло шлунку - 87 випадків (90,9%), менше у вихідному, субкардіальному та кардіальному відділах.

У 67,8% хворих виразки локалізувались по малій кривині, 15,4% - по передній стінці, у 11,9% по задній стінці і лише у 4,9% хворих - по великій кривині, причому по великій кривині виразки локалізувались в тілі та вихідному відділі та часто були магнізовані. За розмірами виразки до 0,5 см в діаметрі спостерігались в 29 (20,3%), до 1 см в діаметрі - в 68 (47,5%), більше 1 см в діаметрі - 46 (32,2%). Було виявлено 4 виразки розміром більше 4 см.

Виразки ДПК зустрічаються у більш молодому віці, ніж виразки шлунка, причому в 36 випадках виразка виявлена у підлітків від 14 до 18 років.

В переважній більшості виразки локалізувались у цибулині ДПК - 778, що становить 96,8% і лише у 26 випадках у постбульбарному відділі ДПК-3,2%.

За розмірами виразки до 0,5 см виявлені в 251 (31,2%); від 0,5 до 1 см в 502 (62,4%); більше 1,0 см в 51 (6,4%) випадках.

В 28 спостереженнях зустрічались по дві виразки.

Таким чином, у жителів чернівецької області ВХ зустрічається, як і в інших європейських регіонах частіше у чоловіків ніж у жінок, переважно у жителів міста. Частота виразкової хвороби шлунка вищою у пацієнтів зрілого та похилого віку, виразкової хвороби ДПК - у молодого та зрілого.

ЕНДОСКОПІЯ ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ І ЛІКУВАЛЬНИЙ МЕТОД ПРИ РАНІШНІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕННЯХ З ХІРУРГІЙ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ.

**В.Д.Братусь, В.М.Тихоненко, О.В.Ігнатів, О.І.Ліссов,
В.В.Фесенко, С.М.Козлов.**

м.Київ.

За період 1982 - 1996 рр. в центрі по нададню допомоги при шлунково-кишкових кровотечах оперовано 3682 хворих з приводу гострокровоточивих гастродуоденальних виразок. У 221 з них в ранішньому післяопераційному періоді розвинулися порушення евакуації з шлунка або його кукси. Проведене в ранішні строки ендоскопічне дослідження дало у всіх випадках змогу ідентифікувати причину гастростазу в вигляді трьох патологічних станів: атонії шлунка або його кукси, запального процесу в зоні шлунково-кишкового співустя або пілоропластики (анастомозит) та зовнішнього стиснення співустя спайковим процесом чи запальним інфільтратом.

Післяопераційна атонія розвинулася у 83 оперованих і мала зв'язок з виконаною ваготомією. Серед 66 органозберігаючих операцій, застосованих цим хворим, було 54 стовбурових ваготомій, 5 СПВ і 7 комбінованих ваготомій. 17 пацієнтам виконані резекційні метали операцій. Ендоскопічними ознаками цього ускладнення були анатомічні стінки шлунка з зяючим шлунково-кишковим співустям чи пілоропластикою. Для лікування післяопераційної атонії використовувалось ендоскопічне проведення двох зондів - одного в дванадцятипалу чи порожню кишку для ентерального харчування і другого в просвіт шлунка або його кукси для евакуації шлункового соку та декомпресії. Ці міроприємства сполучалися з медикаментозною та електричною стимуляцією перистальтики. Уривання атонії досягалось звичайно на протязі 5 - 12 діб і лише у 13 хворих наступало в строки до 24 діб.

Анастомозит розвинувся у 138 оперованих (у 52 після резекцій шлунка і антрумектомій та у 86 після органозберігаючих операцій). Ендоскопічними ознаками тут були запальні зміни слизової оболонки в зоні співуств з різними ступенями їх звуження аж до повної непрохідності.

Це служило показанням для вибору методу ендоскопічного лікувального впливу. 117 хворим виявилось достатнім двозондове дренажування в сполученні з протизапальною та ацтацидною терапією, 21 запроваджувалась балонна ділятація співустя, з них 4 - двічі і двом - тричі. Поновлення евакуації з шлунка йшло поступово і ставало достатнім на 8-15 добу.

Гастростаз внаслідок зовнішнього стискання анастомозу чи дванадцятипалої кишки спостерігався у 6 пацієнтів і чітко визначався при фіброгастроскопії з локалізацією місця стискання, але без визначення його субстрату. Всі ці хворі повторно оперовані, при чому субстратом стискання виявлялась прядка великого чепця, що унутрилася в зону мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером. Усунення цього ускладнення не складало хірургічного утруднення.

Ендоскопічні лікувальні засоби сирияють покращенню результатів боротьби з післяопераційними порушеннями шлункової евакуації і скорочують строки ліквідації ускладнення. Вони дають також надійні діагностичні критерії і змогу вибору адекватної лікувальної тактики.

Nd: YAG-ЛАЗЕР В МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ.

**В.Д.Бурко ,
г.Минск**

В настоящее время установилась тенденция хирургов к методам минимально инвазивных хирургических вмешательств. Широкий диапазон эндоскопического оборудования представлен на выбор современным врачам. Эндоскопические хирургические операции широко используются врачами различных направлений, в частности такая специальность, как урология, не представляет себя без операционного цистоскопа, трансуретрального

резектоскопа и других инструментов. Достижения науки и техники представили возможность для эндоскопических хирургов провести источник световой энергии через рабочие каналы инструментов в различные полости и пространства, и разработать конкретные методы использования лазерного излучения в минимально инвазивной хирургии, отличающееся своей высокой эффективностью и простотой использования.

Известные уникальные свойства воздействия лазерного излучения на биологические структуры положили основу для использования лазера в медицине. В урологической практике наиболее широко раскрыл свои возможности Nd: YAG - лазер с длиной волны 1064 нм. Энергию лазерного излучения данной длины волны возможно передовать с помощью гибких световодов (диаметром 600мкм, 400мкм и менее). Лазерное излучение не поглощается на молекулах воды, что позволяет использовать его в водной среде. Основные эффекты излучения, которые нашли свое применение в хирургической практике - это коагуляция тканей, выпаризация (испарение) и рассечение. Коагуляцию ткани можно выполнить как контактным, так и бесконтактным (дистанционным) способом, на глубину до 1см и более. В зоне облучения происходит денатурация белка, закрываются мелкие кровеносные и лимфатические сосуды. Выпаризацию можно получить, используя плотное лазерное излучение высокой мощности.

Прибор JENLAS med 100 L производство фирмы AESCULAP MEDITEC GMBH изготовлен с учетом всех необходимых медицинских требований. Более двух лет данная установка успешно работает в урологической эндоскопической операционной Республиканского госпиталя МВД в г.Минске. В настоящее время приборы JENLAS med 100 L раскрывают свои возможности в пяти ведущих урологических стационарах Республики, идет работа по наладке шестой установки в областной клинической больнице г.Гомеля.

При участии фирмы AESCULAP MEDITEC GMBH в госпитале создан референтный центр. Врач уролог, знакомый по литературным источникам с методами лазерной хирургии, в затруднении непосредственно увидеть необходимое оборудование в действии. Цель создания информационного центра - возможность осмотреть лазерный генератор в действии, ознакомиться с необходимым эндоскопическим оборудованием, присутствовать в операционной, более быстро освоить существующие методики операций и, конечно, - это обмен опытом между специалистами данного направления. Заинтересованным специалистам демонстрируется операционная, выполненная по всем требованиям для помещений, где используются высокомошные медицинские лазерные генераторы излучения класса III, ознакомиться с широкими подборками литературы по данному направлению. Ход операций можно наблюдать в операционной на мониторе или просмотреть видеозаписи с объяснениями специалистов.

В госпитале при участии руководителей разработаны оригинальные методики безкровного удаления опухолей мочевого пузыря, о чем было доложено на симпозиуме онкоурологов в октябре 1994г. в г.Обнинске. Результаты лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы представлены на симпозиуме урологов Беларуси в декабре 1995г. в г.Минске. Разрабатывается собственная методика лазерной деструкции гиперплазии предстательной железы, также выполняются оптические лазерные уретротомии, палиативные операции по поводу продолжающихся кровотечений из мочевого пузыря, лечение кондилом, полипив уретры и др.

Nd: YAG-лазеры являются приборами многоканального назначения с широкими спектрами возможностей. Наш опыт использования лазера составляет лишь небольшую часть области применения Nd: YAG-лазера в хирургии. Несомненны исключительные возможности лазерного излучения в лечении патологических состояний в таких областях как бронхология, гастроэнтерология, проктология, гинекология, дерматология и др. Наиболее широкое и быстрое

освоение методов эндоскопической лазерной хирургии даст новые возможности в лечении ряда заболеваний.

Результата ендоскопичної склеротерапії варикозно поширених вен стравоходу у хворих декомпенсованим цирозом печінки.

Бурій О.М. (Київ).

Кровоточа з варикозно поширених вен стравоходу (ВПВС) та шлунку є найбільш небезпечним ускладненням синдрому портальної гіпертензії, відповідає за 25% летальних випадків при цирозі печінки. Частота його виникнення складає біля 30%. Найчастіше кровотечі та пов'язані із ними летальні випадки спостерігаються у хворих цирозом в стадії декомпенсації, тобто при поєднанні варикозного поширення вен стравоходу із стабільним або прогресуючим асцитом, портосистемною енцефалопатією, вторинним гіперспленізмом на фоні активного цитологічного процесу та зниження функціонального резерву печінки. Консервативне лікування ускладнень цирозу в цій стадії безнадійне, а ризик великих хірургічних втручань є надто високим. Завдяки цьому, у даного контингенту хворих першорядне значення набувають малотравматичні втручання, до яких належить ендоскопічна склеротерапія (ЕС). У клінічній практиці ЕС застосовується у трьох випадках: для лікування гострої кровотечі, для попередження наступних кровотеч та для профілактики першої кровотечі.

Дана робота є аналізом результатів планової ЕС ВПВС у 50 хворих цирозом печінки у стадії декомпенсації віком від 17 до 67 років. Згідно з критеріями Чайлд, 28 хворих належали до груп В та 22 - до груп С. Наявність поєднаних ускладнень на фоні активного процесу в більшості хворих та важкі супутні захворювання або поліорганна недостатність абсолютно виключали можливість порожнинних втручань. У всіх хворих спостерігалось варикозне поширення вен стравоходу III ступеня, тобто завбішки 5 мм у діаметрі. 33 з них мали в анамнезі кровотечі. 3 профілактичною метою ЕС виконували 17 хворих, які мали додаткові фактори ризику виникнення кровотечі, що ними вважаємо ВПВС 3 ступеня, стабільний асцит та важкий гіперспленізм. Підставою для призначення ЕС було поєднання цих ознак.

ЕС здійснювали за допомогою гнучкого ендоскопу та стандартного інектору без попереднього знеболення. Застосована методика комбінованих інтра- та паравазальних введень 3% розчину тромбоваскуліну з 2-5 місць на протязі кожної вени на відстані 2-4 см від розетки кардії. Нами використаний пролонгований режим ЕС, що складався з декількох курсів, кожний по 3-5 сеансу до стійкої повної облітерації судин. Строки спостереження становили 6-36 місяців.

Пролонгована ЕС (3-5 курсів) виконана 20 хворим. Ендоскопічне дослідження свідчило про те, що у відсутності рецидивів кровотеч варикозні вени зменшуються, а слизова над ними ущільнюється, в окремих випадках наявні рубці після виразок. При наступних курсах ЕС застосовували переважно паравазальне введення склерозанту. У перервах між курсами хворим призначали базисну гепатотропну терапію. Повна облітерація досягнута у 10 хворих (50%).

Дослідження об'ємного кровопливу воротної вени за допомогою доплерсонографії свідчило про збільшення портального припливу до печінки після ЕС як у найближчий, так і у віддалений час при використанні повторних курсів лікування. Даний факт ми вважаємо особливо важливим, тому що збереження портальної перфузії печінки є критичною умовою підтримання функціонального резерву печінки. Нами встановлено у віддалений час тенденцію до зниження активності головних маркерів активності цитолігічного процесу - загального білірубину та сироваткових трансаміназ, а також зниження вмісту

азоту аміаку сироватки крові, який відображає ступінь спонтаного портосистемного шунтування.

Під час виконання ЕС у 10 хворих (20%) спостерігалися ускладнення, а саме: підвищення температури понад 38 (3), ерозії та виразки стравоходу (6), виразкові кровотечі (2), кровотечі з ВПВС (1). Померло 2 хворих: 1 від виразкової кровотечі, інший - від профузної кровотоці з ВПВС. Приймаючи до уваги відносно часте виникнення виразок, яке ми пов'язуємо з інтенсивністю сеансів, під час ЕС призначали діету, алмагель та інші антацидні препарати, знеболюючі. Таким чином, при досягненні поступової облітерації ВПВС у хворих цирозом печінки спостерігається збільшення порталного припливу до печінки та одночасне зниження об'єму позапечінкового портосистемного шунтування, що свідчить про важливу роль колатеральної системи шлунково-стравохідного басейну. Пролонгована ЕС є ефективним засобом лікування та профілактики рецидивів кровотеч та оприяє зниженню цитолітичної активності процесу і збереженню функціонального резерву гепатоцитів у хворих декомпенсованим цирозом печінки.

ЕНДОСКОПІЧНА РЕКАНАЛІЗАЦІЯ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА КАРДІОЕЗОФАГАЛЬНИЙ РАК

О.В. Бутаєв
м. Запоріжжя

Порушення прохідності стравоходу у хворих на кардіоезофагальний рак які не підлягають радикальному лікуванню потребує виконання у більшості випадків симптоматичного опера - тивного втручання - гастротомії. Складність догляду за цим контингентом хворих стала причиною пошуків інших методів відновлення прохідності стравоходу. На цей час уже існують різні методи реканалізації стравоходу, але вони потребують використання спеціальних матеріалів і обладнання. Нами розроблений і впроваджений в практику лікцвальных закладов спосіб ендоскопічної реканалізації стравоходу шляхом введення в пухлину концентрованого розчину циклофосфану за допомогою зонда -ін"ектора, що веде до некрозу пухлини і відновлення його прохідності.

Реканалізацію слід починати з ліквідації запальних явищ навколо пухлини, що дозволяє в подальшому безпосередньо вводити розчин циклофосфану до опухлої тканини. Для цього по периферії пухлини у 5-6 місць під слизову оболонку вводять до 100-150 мг циклофосфану у розведенні 200 мг препарату на 10 мл фізіологічного розчину.

Через 48 годин під час езофагоскопії у більшості хворих коньтатовано збільшення запальних процесів навколо пухлини, що давало змогу вводити циклофосфан безпосередньо до пухлини у концентрації 200 мг на 5 мл фізіологічного розчину. Всього вводилося до 400 мг препарату у різні ділянки пухлини. Часткове відновлення прохідності стравоходу спостерігалось вже після 1-2 процедур, стійке - після 4-6 езофагоскопій. Всього ендоскопічна реканалізація виконана у 30 хворих на неоперабельний кардіоезофагальний рак, що перебували на лікуванні у абдомінальному відділенні Запорізького обласного онкологічного диспансеру. Стійкий ефект від застосованого лікування тримався до 3 місяців у 100% хворих. В разі необхідності можливі повторні курси ендоскопічної реканалізації. Це дозволило уникнути необхідності виконання гастротомії і поліпшити якість життя цього контингенту хворих.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ ИЗ ЖЕЛУДКА

С. А. ГАШЕЛИН, Н. В. Мищенко .

г. Одесса.

Поиск новых методов диагностики и лечения полипоза желудка объясняется частотой этого заболевания и опасностью злокачественного перерождения полипов. Частота малигнизации полипов желудка (Б.В.Петровокий, В.И.Булавинцева, 1959, Э. Н.Ванцян, 1966; С.П.Рудова, 1968) колеблется в пределах 3-90%, хотя В.И. Лазовский (1947), А.А. Кешишова с соавт. (1972) и др. считают эту опасность преувеличенной.

Среди сторонников оперативного лечения нет единого мнения об объеме операций. Показания к резекции и даже гастрэктомии мотивируется тем, что полипоз и рак считаются стадиями одного итого же процесса (Н.А. Краевкий 1934). Максимальное удаление слизистой оболочки желудка предотвращает возникновение рака в культе желудка. А.А.Шалимов и В.Ф.Саенко (1972) считают допустимой экономную полипэктомию лишь у пожилых и ослабленных больных.

Многие спорные вопросы этиологии полипов, возможности их злокачественного перерождения или совместного существования полипов и рака, диагностики и тактики лечения полипов остаются до настоящего времени дискуссионными.

Современные эндоскопические приборы открыли широкие возможности изучения полипоза желудка. Однако визуальные критерии и результаты морфологического исследования биоптата могут привести к ложноотрицательному заключению в связи с неправильной интерпретацией эндоскопической картины, нарушением правил проведения биопсии и обработки материала, отсутствием злокачественного поражения поверхности слизистой, покрывающей полип. Окончательный диагноз в ряде случаев может быть решен только после тщательного гистологического исследования всего полипа.

Клиника хирургических болезней стоматологического и педиатрического факультетов ОГМУ им.Н.И.Пирогоза, на базе ГКБ №1 располагает опытом 184 эндоскопических полипэктомий из желудка у 96 больных. У 36 больных были удалены одиночные полипы, у 46 больных было два полипа, у 7 - три полипа, у 6 - четыре полипа и у одного больного было удалено 11 полипов. Полипэктомию осуществляли путем электроэксцизии диатермической петлей фирмы "Олимпас" и фирменным диатермокоагулятором ПСД-10, используя при этом операционный двухканальный гастроскоп. Все полипы извлекались наружу и подвергались гистологическому исследованию. Противопоказаниями для эндоскопической полипэктомии из желудка считаем расстройства свертываемости крови, полип с размером более 3 см, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Из 184 произведенных полипэктомий в клинике, две операции осложнились кровотечением, - кровопотеря составила около 250 куб.см. Кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями. Других осложнений мы не наблюдали. Ни у одного больного при гистологическом исследовании не выявлена малигнизация полипов.

Эндоскопическая полипэктомия является адекватной, если при гистологическом исследовании обнаруживается доброкачественный полип или инвазивная форма рака в теле полипа на тонкой ножке.

Малигнизация множественных полипов, или инвазивная форма рака в полипе на широком основании, или раковая инфильтрация, распространяющаяся по ножке на стенку желудка, является показанием к радикальной операции.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО ФАКТОРУ - ЯК ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

М.Г.Гончар, В.М. Шеремета, Я. М. Кучірка, Р. І. Цимбалістий,

І. В. Мельник.

ІІ.

/Лвано-Франківськ/

Проблема етіології і патогенезу виразкової хвороби про довжує залишатися однією з найважливіших актуальних в сучасній гастроентерології. Встановлено, що із багатьох причин ульце рогенезу, одна прослідковується із закономірною постійністю. Нею являється мікроорганізм - хелікобактер пілорі /НР/, носійство якого, в даний час, розцінюється багатьма авторами, як (характер розвитку виразкової хвороби шлунку /ш/ і дванадцятипалої кишки /ДПК/ та її ускладнень.

За останні два роки нами ендоскопічно обстежені 195 хворих (79 - з кривавлячою виразкою, 49 - з проривною виразкою і 67 - після планового оперативного лікування виразкової хвороби Ш і /ДПК/ з метою її діагностики та виявлення НР-інфекції.

Під час кожного ендоскопічного обстеження хворим брали 3-4 кусочки тканини Ш і ДПК для постановки біохімічного тес ту на уреазу, цитологічного та істологічного доліджень встановлення наявності бактрій НР.

Хворим, які поступали в хірургічний стацінар з призна ками шлунково-кишкової кровотечі /К/ обов'язково проводили фіброгастроскопію /ФГС/. У 27 досліджувальних /34,5%/ виявили джерело К - виразковий кратер з наявністю кровоточивої судини, тромбу і згустка крові. Навколівиразковий запальний процес діагностовано у 64 /87,6%/, рубцеві зміни та пілоробульбарні деформації знайдено у 48 /65,7%/ обстежених. Наявність НР-інфекції різного ступеня обсіменіння встановлено при постановці уреазного тесту у 67 /84,8%/ хворих, цитологічному дослідженні у 16 пацієнтів /80%/ 3 виразкою Ш і у 46 досліджуваних /86,6%/ з виразкою ДПК. Хворим з К виразкового генезу (крім 6 з профазною К) проведено трансендоскопічну місцеву гемостатичну терапію по методиці Укр. НДІ гастроентерології, при якій ефект досягнуто у 18 /66,6%/.

За останні роки хворим з виявленою НР-інфекцією проводиться ціленаправлена комплексна противиразкова терапія, яка включає блокери Н-рецепторів гістаміну /циметідін, рамітідін та їх аналоги/, антацидні та препарати вісмуту /вікалін, вінілін, вентер, альмагель, фосфалюгель та інші/ протимікробні засоби /амоксцилін, тетрациклін, метронідазол, фурадонін/, препарати протонної помпи /омепразол/.

Контрольна ФГС проведена 37 пацієнтам після оперативного лікування з приводу проривної виразки, 47 хворим після резекції шлунку і ДПК та 56 досліджуваним в процесі консервативного лікування з кривавлячою виразкою. При цьому у значої частини хворих виявлені ендоскопічні зміни у вигляді гастродуоденіту, анастомозіту, рефлюкс-гастриту, контоактної ранимости слизової, пілоробульбарних деформацій, рубцевих та склеротичних процесів. Бактерії НР знайдені у 23 /41,0%/ з К виразкового генезу, 15 /40,5%/ з проривною виразкою та 7 після резекції Ш по Б-1 у 3 /32,8%/ і з 40 після резекції Ш по Б-11 16 /40,0%/ досліджуваних.

ВИСНОВКИ:

1. ФГС - обов'язковий метод дослідження хворих з кривавлячими виразками Ш і ДПК, який по наших даних дає високий відсоток діагностики джерела К та можливість ліквідації її шляхом трансендоскопічного місцевого гемостазу.
2. За допомогою ФГС маємо шанс встановити наявність мікробного фактору /НР-інфекції/ у розвитку виразкової хвороби Ш і ДПК та її ускладнень,

проводити контрольні дослідження для виявлення прогностичних критеріїв рецидиву її.

3. Призначення сучасних противиразкових препаратів у комплексі консервативного та до- і післяоперативного лікування виразкової хвороби сприяло зменшенню у 2 - 2,5 рази виявленість бактерій НР та звиженню ступеня їх обсіменіння.

4. Можна рекомендувати практичній медицині при ендоскопічному обстеженні пацієнтів визначати наявність НР для контролю ефективності застосування противиразкових препаратів з метою профілактики рецидивів виразкової хвороби та її ускладнень.

ЛАПАРАСКОПИЧЕСКАЯ ВАГОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

**Грубник В.В., Мельниченко Ю.А., Грубник В.Ю., Самир.
г. Одесса.**

Лапараскопическая ваготомия выполнена у 42 больных с дуоденальными язвами. Возраст больных был от 28 до 56 лет, длительность язвенного анамнеза - от 3 до 15 лет. Лапараскопическая операция выполнялась после предварительной медикаментозной (ранитидин, фамотидин) и лазерной (полупроводниковый лазер "Узор-2Н") подготовки в течение 10-15 дней. При этом у большинства больных отмечено полное или почти полное рубцевание язвенных дефектов.

Для выполнения ЛВ обычно вводили 5 троакаров, использовали видеосистему фирмы "ВОЛЬФ" и инструменты фирмы "ЭТИКОН". Вначале, отодвигая левую долю печени, между правой ножкой диафрагмы и пищеводом - выделяли задний ствол вагуса, который клипировали и пересекали. Затем, отступя 1.5-2см от края желудка вдоль малой кривизны, производили серомиотомию, начиная от пищеводно-желудочного перехода до антрального отдела на уровне второй ветви "гусиной лапки" нерва Латарже. Для выполнения серомиотомии у 29 больных использовали неодимовый АИГ - лазер с сапфировыми наконечниками и у 13 пациентов применяли специальный крючок электрокоагулятора. Линия серомиотомии у 15 больных покрывали фибриновым клеем, у остальных ушивали непрерывным швом либо сшивающим аппаратом фирмы "ЭТИКОН". В конце операции проверяли герметичность линии швов. Все больные хорошо перенесли лапараскопическое вмешательство. У одного больного из-за кровотечения из сосудов малой кривизны желудка произведена лапаротомия и операция выполнена открытым способом. Больные выписывались из стационара на 4-6 сутки, приступали к работе, спустя 2-3 недели. Через месяц после ЛВ обнаружено снижение БПК на 65-72%, МПК - на 56-70%. Контрольное эндоскопическое исследование подтвердило полное заживление язв у всех больных. Отдельные результаты в сроки от 1 до 2.5 лет прослежены у 29 больных. У одного больного через год при контрольной эндоскопии выявлен рецидив язвы клинических проявлений.

Примечание: БПК - базальная продукция кислоты.

МПК - максимальная продукция кислоты.

ЛАПАРАСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ.

**Грубник В.В., Пушпендра Шарма, Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А.,
Герасимов В.Д.
г.Одесса**

За период с 1991г. по настоящее время в клинике выполнено 720 лапараскопических холецистэктомий (ЛХ), у 522 больных при хроническом холецистите, у 198 - при остром. При поступлении у 48 (6.7 %) пациентов имелась механическая желтуха. Им выполнена эндоскопическая папиллотомия с извлечением конкрементов из протоков. У 8 больных после эндоскопической папиллотомии имелись осложнения кровотечения у 3-х, явления панкреатита у 5-ти, которые купировались в течении 50 суток. ЛХ производилось спустя 4-10 суток после эндоскопического вмешательства. При выполнении ЛХ значительные технические сложности выявлены у 3-х пациентов, что вынудило перейти к лапаратомии и производить холецистэктомию открытым способом. Средние сроки пребывания в стационаре у этой группы больных составили 14.2 + 3.1 дня.

Интраоперационная халаптография при выполнении ЛХ производилась у 120 больных, при этом у 6-ти выявлены конкременты в протоках. Попытки извлечь конкременты из холедоха, используя лапараскопическую технику, оказались успешными только в 2-х случаях. У 4 произведена открытая операция с холедохолитотомией, извлечением конкрементов и дренированием холедохом. Среднее пребывание в стационаре у этой группы больных было 16.8+2.5.

У 42-х (5.8%) больных, поступивших в клинику с нормальными цифрами билирубина в крови выявлены признаки холедохолитиаза на протоках, а затем на 2-3 сутки после операции произведена эндоскопическая папиллотомия. Осложнения наблюдались у одной больной. Средние сроки пребывания в стационаре составляли в этой группе 6.2+2.1 дня.

Таким образом, наличие холедохолитиаза не является противопоказанием для выполнения ЛХ. Наилучшие результаты могут быть получены у больных, которым первым этапом выполняют ЛХ, а затем эндоскопическую папиллотомию.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА.

**Грубник В.В., Герасимов Д.В.
г.Одесса.**

Эндоскопическая склеротерапия (ЭС) выполнена у 105 больных, поступивших с клиникой кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). При выявлении вовремя ургентной эндоскопии массивного кровотечения - предварительно проводилась тампонада пищевода с помощью зонда Блэкмора удавалось обнаружить место кровотечения - пунктировали вену на 2см ниже и выше ее разрыва, затем с интервалом 3-4см вдоль всей вены, начиная от кардиального жома. Стремилась вводить склерозант в основном интравазально, поскольку при этом требуется значительно меньшая его доза для достижения гемостатического эффекта, по сравнению с паравазальным введением. По нашему мнению, это значительно снижает риск осложнений.

В качестве склерозанта обычно использовали тромбовар, моруата, варикоцид, 96% этанол. При каждой пункции вводили 2-3мл склерозанта (этанол - до 2мл). На весь сеанс затрачивали 15-20мл склерозанта.

В последующем придерживались активной тактики ведения больных. Не смотря на отсутствие признаков продолжения кровотечения, повторяли ЭС через сутки, затем через 2-е суток, что снижает угрозу рецидива кровотечения. Последующие сеансы ЭС проводились через неделю, затем через месяц - до

полной облитерации вен. Для полной облитерации вен требовалось от 3 до 7 сеансов ЭС, серьезных осложнений после ЭС не отмечено.

Проведенное лечение по описанной методике позволило добиться остановки кровотечения у 98 больных. Умерло от продолжающегося кровотечения 7 больных. Несмотря на достигнутый гемостаз, 16 человек, умерло от нарастающей почечной недостаточности.

Последние годы все большую известность приобретает метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) ВРВП. Метод заключается в наложении резиновых колечек-удавок на варикозные узлы с помощью специального приспособления, фиксированного к концу эндоскопа.

Нами произведено ЭЛ у 11 больных с кровотечением из ВРВП. Особенно эффективно при обнаружении места разрыва вены. Сеансы ЭЛ повторяют через одну неделю, затем через две недели. Для облитерации варикозных узлов требовалось от 5 до 9 сеансов ЭЛ. Добиться остановки кровотечения удалось у 9 больных. Умерли от продолжающегося кровотечения 2 человека, 3 человека умерли от нарастающей почечной недостаточности. Серьезных осложнений не отмечено.

Результаты проведенного исследования показали, что эндоскопические методики позволяют в большинстве случаев добиться стойкого гемостаза при кровотечениях ВРВП и являются альтернативной хирургическому лечению. Систематический эндоскопический контроль и повторное склерозирование ВРВП - снижают частоту рецидивов кровотечения, увеличивает продолжительность жизни больных.

**ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В.В. Грубник, П.П.Шипулин, С.Г.Ткач,
В.А.Мельниченко.
г. Одесса.**

За десятилетний период выполнено 604 различных эндоскопических вмешательств у 346 больных с опухолями трахеи и бронхов. Показаниями к их проведению служили неоперабельные центральные формы рака легкого вызывающие стеноз дыхательных путей, а также аденомы и другие доброкачественные опухоли трахеи и бронхов при возможности их радикального эндоскопического удаления или противопоказаниях к трансторакальной операции.

Операции осуществлялись с помощью дыхательного бронхоскопа Фриделя под наркозом, реже через фибробронхоскоп под местной анестезией. При 553 операциях для разрушения опухоли применили излучение неодимового АИГ-лазера "Радуга-1", при 7 - аргонный лазер ЛГН-401. 44 операции осуществлены с помощью высокочастотного электротока, диатермических петель и зондов. Для реканализации опухолевых стенозов также широко использовали баллонную дилатацию, механическую некрэктомию, введение эндопротезов оригинальной конструкции. Для лазерной фотодеструкции опухолевой ткани использовали целый ряд разработанных методик контактного и бесконтактного воздействия. В результате проведения эндобронхиальных операций у 151/43,4% больного было достигнуто полное восстановление бронхиальной проходимости с разрушением эндобронхиальной части опухоли. В 117/33,6 %/ наблюдениях отмечено только частичное восстановление бронхиального просвета, что обычно сопровождалось клиническим улучшением.

В 80 /23% эффекта от операции отмечено не было.

Осложнения в виде перфорации бронха, кровотечения отмечены в 8/2,3%/ случаях. При раке эндоскопические вмешательства являются паллиативными со средней продолжительностью жизни 6,6 месяцев, хотя при полном восстановлении бронхиальной проходимости она увеличивалась вдвое. При доброкачественных опухолях подобные операции можно отнести к радикальным.

Сравнительная оценка различных методов бронхоскопических операций показала преимущества АИГ-лазера, в сочетании с рациональным применением других методик выполняемых через ригидный бронхоскоп. Наиболее успешной оказалась реканализация стенозов трахеи и главных бронхов вызванных экзoфитнoрaстущими опухолями.

ВЛИЯНИЕ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ И МИКРОФЛОРУ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ.

В.А. Грушка, С.С. Лазня, С.Н. Гулевский, Т.Н. Никоненко.

г. Запорожье.

Одним из перспективных направлений лечения незаживших язв после селективной проксимальной ваготомии является эндоскопическая лазеротерапия, которая применена нами у 75 больных дуоденальной язвой, перенесших СИВ. Источником излучения служил гелий-неоновый лазер ЛГ 75-1 /непрерывный режим, 25 мВт, длина волны 632,8 мм/. Для измерения средней мощности и энергии лазерного излучения использовался измеритель ИМО - 2Н. Через рабочий канал эндоскопа, по моноволоконному световоду лазерный луч подводился к язве. Мощность на выходе световода равнялась 5 мВт. Плотность мощности на облучаемой поверхности была 0,1 Вт/см. куб. Длительность процедуры составляла 2-3 мин.. Сеансы лазеротерапии производились до операции, на 3,5,7 сутки после операции и до полной эпителизации язвы или образования нежного рубца. Каждый сеанс лазеротерапии как до, так и после операции сопровождался биопсией края язвы и антрального отдела желудка с последующим гистологическим исследованием биоптата и определением наличия /НР/.

В дуоденобиопсиях больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки до операции отмечалось преобладание деструктивных, дисциркуляторных и воспалительных изменений, степень выраженности которых зависела от активности процесса и давности заболевания. При длительном язвенном анамнезе эти изменения развивались на фоне фиброзированной стромы и сочетались нередко с желудочной метаплазией и атрофией желез. На ряду с деструкцией, воспалительной инфильтрацией и отеком слизистой двенадцатиперстной кишки наблюдались и репаративные процессы, о которых свидетельствовали митозы в камбиальном эпителии крипт и образование пласта регенерирующего эпителия на эрозированных участках края язв. НР определялся в слизистой оболочке антрального отдела желудка у большинства больных.

У больных в ранние сроки после СИВ, сохранялась гиперемия, отек, воспалительная инфильтрация слизистой, в более поздние сроки отмечалось их уменьшение. Дистрофические изменения покровного эпителия были выражены в меньшей степени, чем до операции. Метаплазия кишечного эпителия в желудочный наблюдалась значительно реже.

Динамическое эндоскопическое исследование показало, что заживление язв после изолированной СПВ без облучения лазером у большинства больных наступило в сроки от 1а до 26 дней, в зависимости от их размеров. Несмотря на заживление язвы количество больных с НР уменьшилось незначительно. Рецидивы язвы у этих больных в последующем отмечены у 6,1% случаев.

Применение лазерного облучения позволило сократить сроки заживления язв до 10-12 дней. Как показали морфологические исследования сокращение сроков заживления язвы при воздействии лазерного облучения достигается за счет более быстрого уменьшения воспалительной инфильтрации и повышения активности репаративных процессов, что проявляется значительным увеличением митотической активности клеток слизистой оболочки с более ранней эпителизацией язв. Количество больных с НР значительно уменьшилось. Число рецидивов язв у этих больных было ниже и составляло 3,2%.

Полученные данные свидетельствуют, что применение лазерного облучения позволяет добиться сокращения сроков заживления язвы после СИБ с уменьшением обсемененности НР и снижения частоты рецидивов язв, что способствует улучшению результатов хирургического лечения язвенной болезни.

Роль бронхофиброскопии в диагностике и лечении послеоперационных бронхолегочных осложнений.

В.А. Грушка, С.С. Лазня, А.Н. Матерухин, Г.В. Коваленко, А.А. Денисенко.

Послеоперационные бронхолегочные осложнения являются актуальной проблемой, так как возникают довольно часто /от 19% в молодом возрасте до 68% у лиц старше 50 лет/ и в значительной степени влияют на исходы оперативных вмешательств. Своевременная диагностика и лечение их затруднены, что обусловлено вынужденным положением больных, нахождением их на искусственной вентиляции легких /ИВЛ/.

В развитии послеоперационных бронхолегочных осложнений большую роль играют нарушения проходимости дыхательных путей, обусловленные травмой голосовых связок и окружающих тканей при интубации, ограничением экскурсии легких, активизация инфекции в результате снижения сопротивляемости организма, вызванной как тяжестью основного заболевания, так и наркозом и операционной травмой.

В связи с тем, что наибольшее значение имеют осложнения, связанные с нарушением проходимости дыхательных путей, то, естественно, что ведущую роль в их диагностике и лечении должна играть бронхофиброскопия /БФС/.

Нами проведен анализ результатов 4594 БФС, как диагностических, так и санационных, выполненных у 2110 больных аппаратом ОЕ5-ВТ-1Т-10 за период с 1991 по 1994 гг. БФС выполняли как больным с послеоперационными бронхолегочными осложнениями, так и другим тяжелым больным с этими осложнениями, находящимся в реанимационном отделении.

Показаниями для выполнения БФС в раннем послеоперационном периоде являются подозрение на наличие ателектаза, нарушение дренажной функции бронхов с гиповентиляцией легких и затрудненным отхождением мокроты, несмотря на проведение всех необходимых в этих случаях консервативных мероприятий, нарастание дыхательной недостаточности со снижением насыщенности крови кислородом, подозрение на аспирацию желудочного содержимого, признаки легочного кровотечения, нахождение больного на ИВЛ больше суток.

У подвергнутых БФС больных по клинико-рентгенологическим данным диагностированы или предполагалось наличие следующих бронхолегочных осложнений. Трахеобронхит имелся у 1200 больных /59,9%/, пневмония - у 573 /27.2%/, неполный и полный ателектаз - у 195 /9,2%/, плеврит - у 90 /4,2%/, отек легких - у 33 /1.6%/, синдром Мендельсона - у 12 /0,6%/, легочное кровотечение возникло у 7 человек /0,3%/.

При БФС эндобронхит, различной степени выраженности, выявлен у 1983 больных /94%/, опухоль бронхов - у 15 /0.7%/, у 4 из них это было причиной кровотечения, содержимое желудка при синдроме Мендельсона - у 6

/0.3%/, геморрагический эндобронхит с кровотечением при ДВС синдроме - у 3 /0.1%/, патологии бронхов не выявлено у 103 обследованных /4,9%/.

Данные БФС свидетельствуют, что наиболее частой причиной нарушения бронхиальной проходимости является трахеобронхит. Закупорка бронхов густой вязкой мокротой у 1% больных привела к частичному или полному ателектазу. БФС позволила провести эффективные лечебные мероприятия у этих больных. 2-х - 3-х кратное промывание бронхов растворами антисептиков и антибиотиков, а так же муколитических препаратов с аспирацией содержимого через бронхоскоп привело к полному восстановлению бронхиальной проходимости и ликвидации ателектазов.

Своевременно выполненная санационная БФС способствует не только разрешению уже развившегося ателектаза, но, что не менее важно, и предупреждает его развитие благодаря восстановлению бронхиальной проходимости. Санационная БФС также способствует более эффективному лечению и профилактике пневмонии.

У части больных /60 чел./ с гнойным бронхитом после санации трахеобронхиального дерева производили кратковременное облучение лазером мощностью 2 мВт с помощью специального световода, введенного через инструментальный канал бронхоскопа, что позволило сократить сроки лечения этих больных.

Таким образом, применение БФС позволяет повысить качество диагностики бронхолегочных осложнений, сократить их частоту и сроки лечения. БФС значительно превосходит все другие методы диагностики и лечения бронхолегочных осложнений, связанных с нарушением бронхиальной проходимости и должна в обязательном порядке применяться у больных с этими осложнениями.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ БЛОКАДА БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА И КРИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

В.А.Грушка, С.С.Лазня.

г. Запорожье.

Одной из важнейших проблем современной гастроэнтерологии и клинической эндоскопии является разработка новых способов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неуклонный рост которой наблюдается в настоящее время.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении язвенной болезни, благодаря применению современных лекарственных препаратов, сохраняющаяся высокая частота развития различных форм осложнений диктует необходимость поиска новых подходов к лечению и тактике ведения больных этим заболеванием.

В последние годы все более широкое применение находят различные методы эндоскопической терапии язвенной болезни. Наиболее часто в настоящее время применяются лазеротерапия и местная аппликация на язву различных лекарственных препаратов, способствующих заживлению язвы. Более редко используются и еще недостаточно изучены различные эндоскопические способы денервации желудка и криовоздействия на язву. Эффективность этих методов изучалась только при раздельном их применении.

Учитывая важность одновременного воздействия как на уровень кислотопродуцирующей функции желудка, так и на интенсивность репаративных процессов в язве, мы применили метод сочетанной эндоскопической медикаментозной блокады блуждающего нерва, направленной на снижение секреторной активности желудка и криовоздействие на язву с целью усиления и ускорения регенерации.

Метод заключается в следующем. По обычной методике выполняется эзофагогастродуоденоскопия, во время которой с помощью специального криозонда, введенного через инструментальный канал эндоскопа, производится

орошение всей поверхности язвенного дефекта "Хладоном - 12". Криотерапию производили в течении 8-10 сек, при температуре на выходе зонда -28 -30 градусов С. Критерием достаточности криовоздействия служит появление инея на орошаемой язвенной поверхности.

Медикаментозная блокада блуждающего нерва выполнялась следующим образом. В кардиоэзофагеальной зоне эндоскопической иглой производили по 2 инъекции в переднюю и заднюю стенки 0,1% раствора метацина 2 мл на 0,5% растворе новокаина. Колличесвто смеси должно быть не более 18-20 мл, глубина инъекции 6-7 мм. Необходимо подчеркнуть, что инъекции должны осуществляться в серозно-мышечный слой. Медикаментозная блокада осуществлялась однократно, криотерапия - до полной эпителизации гастродуоденальных язв /от 3 до 5 сеансов с интервалом 4-5 суток/.

Больным с гастродуоденальными язвами до начала курса лечения производилось исследование кислотообразующей, моторно-эвакуаторной функции и кровотока желудка, а также исследование гастробиоптатов на наличие *Helicobacter pylori*.

По вышеуказанной методике пролечено 38 больных с гастродуоденальными язвами. После проведения медикаментозной блокады и первого сеанса криотерапии болевой синдром купировался полностью у 28 больных, у 10 значительно уменьшился. Происходит снижение показателей рН на 30-40%, что обусловлено непосредственным влиянием на кислотообразование блокады блуждающего нерва. Средние сроки рубцевания гастродуоденальных язв составили 15-16 дней, по сравнению с 24-28 днями в контрольной группе, получающей традиционную консервативную противовоспалительную терапию.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что используемая нами методика сочетанного воздействия на кислотопродуцирующую функцию желудка и местные репаративные процессы является высокоэффективным методом, позволяющим сократить сроки лечения язвенной болезни.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI В СОПОСТАВЛЕНИИ С ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ ПРИ ГАСТРИТАХ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

**В.А. Грушка, С.С. Лазня, С.Н. Гулевский, В. Л. Шинкаренко, В. Н. Заталюк.
г. Запорожье.**

В последние годы все большее значение в этиологии и патогенезе хронического гастрита и язвенной болезни придается спиралевидному микроорганизму *HELICOBACTER PYLORI* /НР/.

Нами изучено наличие НР у 412 больных подвергнутых эзофагогастродуоденоскопии. НР выявлен у 238 человек, что составило 57%. Определение НР проводили при гистологическом исследовании биопсийного материала с окрашиванием препаратов по Романовскому- Гимзе. Биопсия производилась из воспаленной слизистой оболочки желудка /СОЖ/ окружающей язву, края и дна язвенного дефекта, а также антрального отдела и тела желудка, из участков с визуальными признаками воспаления /гиперемия, отек, эрозивные изменения/ .

Язва желудка при гастроскопии выявлена у 71 больного, из них НР обнаружен у 41 человека /57,7%/. В крае язвенного дефекта НР имелся у 18 больных /23%/, в СОЖ вокруг язвы - у 23 больных /23%/. В дне язвы НР не было.

Язва двенадцатиперстной кишки /ДПК/ диагностирована при эндоскопии у 33 больных, из них у 21 человека /63% / выявлен НР. В крае язвы НР был у 9 больных /27%/, в перипульцерозной зоне - у 12 человек /36%/.

В участках с гистологически неизменной СОЖ НР обнаружен не был /11 наблюдений/.

У большинства больных с обострением язвы, независимо от ее локализации, эндоскопически определялся различной степени выраженности сопутствующий антральный гастрит.

При язве желудка НР в антральном отделе желудка имелся в 37% случаев, при язве двенадцатиперстной кишки - в 43% наблюдений.

Хронический гастрит, как основное заболевание, при гастроскопии выявлен у 312 больных, из них спиралевидные бактерии были у 176 человек /56.4%/. По морфологическим формам гастрита выявляемость НР распределилась следующим образом. При поверхностном гастрите НР обнаружен в 65% случаев, атрофическом - 60%, эрозивном - 83%, кишечной метаплазии - 50%, гиперпластическом с полипами - в 23% наблюдений.

Полученные данные свидетельствуют о том, что как при язвенной болезни, так и при гастрите НР выявляется примерно одинаково часто /около 57% больных/. При язвенной болезни НР несколько чаще выявляется при ее локализации в ДПК. Наиболее часто НР выявлялся в СОЖ антрального отдела желудка, реже в зоне окружающей язву, еще реже - в крае язвы. В дне язвенного дефекта НР не определялся.

При гастритах выявляемость НР зависит от тяжести воспалительного процесса. Наиболее часто НР обнаруживался при эрозивном гастрите, реже при поверхностном и атрофическом гастритах, еще реже при гиперплазии слизистой оболочки с полипозом.

Исходя из этого можно сделать вывод, что имеется довольно тесная корреляция частоты выявления НР со степенью выраженности воспалительного процесса в СОЖ, что необходимо учитывать при проведении лечебных мероприятий.

Сложности эндоскопической диагностики вторичных воспалительных поражений прямой кишки, вызванных внутриматочной спиралью.

В.З. Губская, З.И. Каминская, Л.И. Воробьева, Л.В. Скорода.
г. Киев.

В УНИИОР находились на обследовании и лечении 18 больных, направленных на консультацию с диагнозом "Рак прямой кишки". Больные были обследованы в районных больницах и ОД по месту жительства, 4-м наложена сигмостома. Возраст от 21 до 49 лет. Внутриматочные спирали /ВМС/ стояли на протяжении 2-5-6-7-11 лет. У 6 женщин ВМС были извлечены за 1-2 недели до осмотра. Пациентки не предъявляли специфических жалоб со стороны 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, либо пальпировался инфильтрат в полости малого таза.

У всех 18 больных, обследованных по месту жительства и направленных в институт, при RRS отмечалось сужение прямой кишки, выше которого аппарат не проведен.

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

При КМ и фиброколоноскопии просвет сужен и деформирован за счет сдавления извне, слизистая на осмотренном участке резко гиперемирована, отечная, выраженная складчатость местами контактно кровоточит, при щипцовой пальпации и взятии биопсии последняя эластичная. Аппаратом удавалось пройти выше места сужения и деформации, на осмотренных выше участках патологии не было обнаружено.

Проводилось патгістологічне дослідження .при котрому во всіх случаях была обнаружена слизистая оболочка кишки без признаков опухолевого роста.

3-е больніх прооперировані в отделении онкогинекологии института - экстирпация матки с придатками .ПГ заключение - гнойные опухоли придатков. Остальным больным назначалась противовоспалительная терапия с последующим динамическим наблюдением в нашей поликлинике.

2-м больным, которым по месту жительства наложена сигмостома в связи с толстокишечной непроходимостью была восстановлена непрерывность кишечника в отделении абдоминальной онкологии института.

Описанные наблюдения эндоскопической картины /RRS, фиброколоноскопия/ важны в дифференциальной диагностике инфильтративной формы рака прямой кишки.

ЕНДОСКОПІЧНА рН-МЕТРІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШКОВО-ШЛУНКОВОГО ТРАКТУ

**З.Я.Гудковатий
м.Чернівці**

Ендоскопічна рН-метрія отримала в останні роки широке використання. Ми застосували цей метод на протязі двох років і виконали більш 700 клінічних досліджень.

Для ендоскопічної рН-метрії використовували оригінальний рН-мікрозонд ДЕ-рН-2 виробництва СКБ МЕТ (м. Кам'янець-Подільський) конструкції В.М. Чорнобрового, в якості вимірювального пристрою використовували апарат ЕЛТЕС-903 з електронною автоматичною динамічною обробкою даних. Важливе питання про секторну функцію шлунка у здорових людей. В групі здорових пацієнтів (12) натщесерце кислотоутворення низької інтенсивності (гіпаацидність) відмічена у 76% середньої (нормаацидність) у 17% , високе (гіпераацидність) у 7% . Таким чином, за нашими даними , секреторною функцією шлунка у здорових е, в переважній більшості, базальна гіпаацидність.

Нами обстежено 186 хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Натщесерце констатовано кислотоутворення високої інтенсивності у 86,5%, нормаацидність у 3,6%. З цих даних можна зробити висновок, що для даної хвороби , як правило , характерне кислотоутворення високої , рідше середньої інтенсивності.

Із 19 хворих виразковою хворобою шлунка натщесерце кислотоутворення високої інтенсивності відмічено тільки у 4 хворих, нормаацидність у 5 і кислотоутворення низької інтенсивності констатовано у 10 обстежених. Таким чином було встановлено, що кислотопродукуюча функція сильніше виражена у хворих з локалізацією виразки в ДПК , ніж при виразці шлунка. Очевидно при локалізації виразки в шлунку ми маємо справу з частково компенсованим типом кислотоутворення, а при локалізації виразки в ДПК-з декомплексованим (по Ю.Я. Лея, 1987р.). Отримані нами дані підтвержують висловлення клініцистів про те, що "немає виразки верхнього відділу ШКТ без кислоти".

При злоякісних пухлинах шлунка 3-4 стадії натщесерце у 2 з 8 пацієнтів відмічено анацидність у 4- різко понижений тип кислотоутворення і слабокисле середовище у 2 пацієнтів. При порівнянні кислотоутворюючої функції шлунка з локалізацією злоякісного новоутворення виявилось, що у хворих раком нижньої третини цього органу найбільш часто має місце кислотоутворення низької інтенсивності. Слабокисле середовище в цьому випадку може бути пов'язане, на думку деяких авторів, з посиленням процесу гліколізу в тканині пухлини і бродильних процесів в шлунку при порушенні його евакуації.

Частота анацидних станів збільшувалась в залежності від стадії і локалізації пухлини- здебільшого при локалізації у верхніх двох третинах шлунка, що може бути пов'язане з розповсюдженням злоякісного процесу на кислотопродукуючу зону шлунка.

Із 418 пацієнтів хворих на гастродуоденіт констатоване порушення кислотопродукуючої функції у 48,3% по типу гіперацидності, 27,9% увійшли у групу з пониженням кислотності і лише у 23,8% пацієнтів названої хвороби показники кислотності склали норму. При ерозивних процесах шлунка і ДПК у 61% відмічалась гіперацидність і у 36% стан нормо- і гіпоацидності, що дає підстави трактувати дану ситуацію по типу кислотоутворення як передвиразковий стан. На початку захворювання запального характеру спостерігається кислотоутворення підвищеної або середньої інтенсивності. При тривалому протікаючому процесі, на протязі певного періоду часу, який у різних хворих буває різним, кислотопродукуюча функція шлунка знижується, що може бути результатом виснаження кислотопродукуючого апарату шлунка, чи його регуляторних механізмів. При вивченні взаємозв'язку позашлункових запальних захворювань з кислотопродукуючою функцією шлунка оброблені результати обстежень 141 хворого з захворюваннями жовчовидільної системи (холецистит, холецистохолангіт). У 98 хворих відмічалось підвищене базальне кислотоутворення, причому у хворих з невеликим строком захворювання його активність була більш високою. Із збільшенням строку захворювання (більше 3-х років) вона поступово знижувалась. Тенденція кислотопродукуючої функції до пониження була відмічена у хворих з виразковою хворобою шлунка в комбінації з запальним процесом в жовчовивідній системі.

Важливе практичне значення мають дослідження дії дуоденального змісту на слизову оболонку шлунка. А.Е.Левіт (1976р.) вказує, що пошкоджуючу дію на слизову оболонку шлунка при дуодено-гастральному рефлюксі чинять ферменти підшлункової залози та жовчі (за даними Davenport, 1973р.). Функціональні розлади, які супроводжуються дуоденогастральним рефлексом зумовлюють кислотонейтралізуючий ефект в результаті гіперпродукції слизу і лужних бікарбонатів в слизовій оболонці антрального відділу шлунка.

Із 35 пацієнтів у яких був відмічений дуодено-гастральний рефлюкс при різних захворюваннях шлунка і ДПК у 28 було констатовано нижчий рівень кислотності, ніж при його відсутності. Кислотоутворення низької інтенсивності відмічено у хворих з поліпами шлунка в 18 випадках і лиш у 2 людей із 20 констатовано стан нормацидності.

Перевага ендоскопічної рН-метрії заключається в топографічній достовірності даних згідно кислотопродукуючих зон шлунка і завдяки багаторазовому заміру базальної секреції шлунка можливості отримати достовірні результати. Крім того метод ендоскопічної рН-метрії, дозволяє скоротити час обстеження до 15 хвилин, створити у дослідника комплексне ендоскопічно-функціональне враження про суть хвороби та обґрунтувати патогенетичні підходи в лікуванні пацієнтів.

Використання в клініці ендоскопічної рН-метрії оправдане і тому повинна надаватися перевага перед іншими методами визначення кислотопродукуючої функції шлунка особливо у хворих поліклінічного контингенту.

НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ПЕРСОНАЛУ В ЕНДОСКОПІ

Сергій Данилків, Михайло Жуковський

м.Тернопіль

Добре відомо, що існує загроза здоров'ю медиків, обумовлена непосреднім контактом с пацієнтами та інфікованим середовищем, медикаментами, реактивами, різними видами електромагнітних полів і т.інш..

Не є винятком і ендоскопія. Дане дослідження, проведене за власними спостереженнями на ґрунті аналізу світової літератури за 25 років виконано з метою показати і систематизувати можливі шкідливі впливи на ендоскопістів та їх асистентів, щоб розробити шляхи їх попередження і усунення.

Найбільш небезпечним і поширеним фактором, на нашу думку, є контакт із пацієнтами-носіями інфекційних чинників як в аерозольному виді (варіцелла, туберкульоз, *Pseudomonas aeruginosa*), через контакт із оральними

виділеннями (грип, ГРВЗ, герпесвірус, цитомегаловірус, *Helicobacter pylori*), контакт с фекаліями (гострі кишкові інфекції), і, що особливо часто зустрічається, передача інфекційних захворювань через кров (гепатити В і С, ВІЛ). Ризик інфікування ВІЛ при подшкодженнях голкою або контактах із слизовими становить 0,1-0,5 %. Серед медиків США спостерігається до 12000 випадків гепатиту. В щорічно (1987 р.).

Існує потенційна небезпека пошкоджень від контакту з гострими, електричними чи фотокоагуляційними приладами.

Можуть виникати порушення стану опорно-рухового апарату внаслідок перенесення важкого обладнання (виклики в сільські райони , інші лікарні чи відділи), фізичного утримання збуджених пацієнтів, а також від звичних рухів внаслідок виконання одноманітних ендоскопічних процедур. Вади опорно-рухового апарату та інші механічні пошкодження здебільшого є хронічними і нерізно вираженими, однак 265 із 400 опитаних ендоскопістів в США відмітили наявність таких синдромів як:

- “шия ендоскопіста”- постійне несиметричне напруження м`язів шиї ;

- “вказівний палець ендоскопіста”- кусані рани (особливо при ригідній бронхоскопії);

-”великий палець ендоскопіста”- дегенеративний артрит карпометакарпального суглоба від хронічних навантажень при рухах керуючої шестерні;

-”знак біліарного ендоскопіста”- травматичний артрит метакарпально-фалангових суглобов при частому введенні товстих інструментів в канал апарата.

Описані також очні ускладнення спеціалістів цього фаху- “знак ендоскопіста”- папулярна еритема та інші подразнення шкірита слизових від, контакту з окуляром, аж до ерозивно-виразкових процесів (в т.ч. кон`юктивіти, склерити) ; “око склеротерапевта”.

Променеве навантаження при виконанні рентгенендоскопічних процедур (РПХГ, бронхографії та ін.) спричинює кумуляційний ефект і може привести до неоплазій та вроджених дефектів у дітей. Крім того, інша форма опромінення-потужний світловий потік з окуляра на макулу в значній експозиції спричинює пошкодження сітківки. Досвідчені ендоскопісти повідомляють про зниження кольоросприйняття при тривалому впливанні галогені і ксенонові ламп що в кінцевому результаті впливає і на якість діагностики.

Контакт шкіри та слизових оболонок дослідника із рідинами чи хімічними реагентами, яки застосовуються при виконанні процедур (склерозуючі агенти, ферменти, антибіотики, рентгенконтрастні речовини, формалін), чи під час промивання апарата і стерилізації (алкоголь, глютаральдегід, ЭТО), чи синтетичними матеріалами (латекс) викликають:

алергичні реакції, подрязнення очей, шкіри (аж до екземи), головні болі, дихальні ускладнення (бронхіальна астма), а також загострення вже наявних патологічних процесів.

Можна згадати і ще одну потенційну небезпеку: пошкодження ендоскопа пацієнтом може спричинити нервові розлади у ендоскопіста із лабільним типом нервової системи.

Представлени матеріали ніяк не переслідують мети переконати Вас в шкідливості обраного фаху, однак показують необхідність розробити заходи, які могли б усувати небажані впливи і продовжити продуктивний і здоровий вік персоналу ендоскопічних відділів.

ВНУТРИПОЛОСТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ЭНДОСКОПИИ.

**Е.С. Демчук, И.И. Миток, А.Е. Демчук, В.М. Коваль, М.И. Ткачук,
К.Б. Филиппович.**

г. Винница.

Разработка новых методов медикаментозной терапии имеет существенное значение в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта. Нами предложено электрод для внутриволокнистого электрофореза лекарственных веществ /удостоверение о рацпредложении № 48 от 16.11.94г./, выданное БРИЗ Винницкого медуниверситета им.Пирогова Н.И. Приспособление представляет собой хлорвиниловую трубку с смонтированным в нее металлическим электродом-струной, один конец которого через пластмассовую заглушку выведен в виде элеккера. Кроме того, на этом же конце катетера имеется гнездо-каналья для подключения инфузионной системы с лекарствами. Активный полюс аппарата для электрофореза подключается до штеккера электрода, а пассивный устанавливается на коже в зоне проекции патологического очага.

Введение электрода в полости пищеварительного тракта /пищевод, желудок, 12-ти п.к., толстые кишки, панкреато-билиарные ходы/ и подведение через него лекарств непосредственно к патологическим очагам /язвы, эрозии, воспаление и др. /производится через биопсийный канал эндоскопов или "вслепую" по методике проведения желудочного или дуоденального зондов. Также возможно проведение электрода в систему трахеобронхиального дерева. Мы использовали эндоэзофаго-гастро-дуоденальный электрофорез в комплексном лечении язвенных поражений пищевода, желудка и 12-ти п.к. с препаратами нитрата серебра, фурациллина, метронидазола и новокаина. Начато применение эндобронхиального электрофореза при гнойно-воспалительных поражениях легких. Отмечено достоверное по сравнению с контрольной группой /без электрофореза/ улучшение результатов лечения язвенно-воспалительных поражений верхнего отдела пищеварительного тракта.

Метод внутриволокнистого электрофореза лекарств должен найти достойное место в эндоскопической практике.

Эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта при ботулизме и дифтерии.

**Е.С.Домчук
г.Винница**

Среди контингентов лиц, направляемых на эндоскопическое исследование - фиброэзофагогастродуоденоскопию, могут быть пациенты, страдающие ботулизмом или дифтерией, поскольку одним из главных симптомов этих заболеваний является дисфагия, обусловленная в обоих случаях бульбарными расстройствами или местным паралитическим действием токсинов. !

Нами наблюдалось девять случаев ботулизма и три дифтерии. В последних заболевание протекало малосимптомно, без значительной интоксикации и "горловой" клиники. Это возможно при так называемых катаральных формах и у привитых.

Как правило, больные направлялись на эндоскопическое исследование с диагнозами инородного тела пищевода, эзофагальной карциномы или ахалазии кардии, после значительного периода излечения (от 10 дней до 1,5 месяцев) у различных специалистов (терапевтов, хирургов, отоларингологов, невропатологов, гастроэнтерологов).

Эндоскопическое исследование проводилось по стандартной методике, без анестезии и премедикации, аппаратами типа Пучок или Olympus с торцовой оптикой.

Введение аппарата в пищевод у всех больных сопровождалось некоторыми трудностями. Гастроскоп часто попадал в трахею. Для продвижения через устье пищевода требовалось определенное усилие. При этом кашель и рвотный рефлекс или отсутствовали, или проявлялись очень незначительно.

На слизистой гортаноглотки и проксимальной части пищевода у больных ботулизмом наблюдались бурые корки, выраженная сухость, различной степени

воспалительные изменения (от катаральных до эрозивно - язвенных). Подобные изменения были по ходу пищевода. Состояние кардии оценивалось, как ахалазия до 11 степени.

Характерным для желудка было различной степени нарушение эвакуации (остатки пищи или бариевой взвеси после рентгенологического исследования, которое чаще проводилось за три - четыре дня до эндоскопии). А также воспалительные изменения слизистой от катаральных до флегмонозно - эрозивных. У большинства пилорус находился в открытом положении, хотя у некоторых наблюдался стойкий спазм, затрудняющий переход эндоскопа в двенадцатиперстную кишку. Слизистая последней также была воспалена.

У больных дифтерией подобные изменения в пищеводе, желудке и 12-ти перстной кишке отсутствовали. Умеренные признаки катарального воспаления были только в гортаноглотке и устье пищевода. Кроме того, обычно находили парез язычка, мягкого неба, частично голосовых связок. А состояние глоточно - пищеводного перехода расценивалось как ахалазия верхнего пищеводного сфинктера 1 - 11 степени.

Наличие подобной эндоскопической картины, при исключении эзофаго - гастральной карциномы и клинических проявлениях дисфагии наталкивало на мысль о возможности в данных случаях ботулизма или дифтерии. Диагноз становился вероятным после уточнения клинического и эпидемиологического анамнезов, особенно характерных для ботулизма 9 связь заболевания с употреблением недоброкачественной чаще консервированной продукции, наличии других симптомов - двоения в глазах, резкой сухости и жажды, метеоризма, нарушение походки). Следует сказать, что в единичных случаях ботулизм не дает клиники поражения глаз - диплопии, сетки перед глазами, что связано, по нашему мнению, с так называемыми аппликационными (местными) формами его. Важным в постановке диагноза дифтерии является связь дисфагии с перенесенными катаральными поражениями глотки и гортани.

У всех наших пациентов предполагаемые диагнозы ботулизма и дифтерии подтверждены в специализированной инфекционной клинике.

Таким образом, наши наблюдения указывают на то, что на приеме у врача - эндоскописта могут быть больные ботулизмом и дифтерией, поскольку одной из главных жалоб у них является дисфагия. Кроме того, эндоскопист должен заподозрить эти заболевания при наличии вышеописаной клиники и уточнения клинико - эпидемиологического анамнеза.

Фіброендоскопічні знахідки у хворих панкреатитом та деякі моменти його патогенезу.

**Е.С.Демчук , О.Е.Демчук , І.Е.Демчук
м.Винниця**

Головним патогенетичним фактором при панкреатитах вважається гіперферментемія, яка служить крім того важливим діагностичним критерієм (гіперамілаземія та гіпердіастазурія). Але на практиці досить нерідко зустрічаються випадки панкреатитів, втім числі флегмонозно - некротичних форм, при яких очікуваного підвищення амілази крові та діастази сечі не визначається. Це пояснюють значними значними морфологічними змінами перенхіми підшлункової залози (і її некрозом), в результаті чого випадає екзокрінна функція органу. З такою тезою можна б було погодитися, якби подібне не спостерігалось і при катаральних формах панкреатиту, коли зовнішня секреція збережена. Обґрунтованого пояснення такого в літературі ми не знайшли.

На нашу думку, подібне може виникати як наслідок утворення запальних фістул між підшлунковою залозою та дванадцятипалою кишкою чи шлунком

або, можливо, грубою кишкою, в результаті протеолітичної дії панкреатичних ферментів. Після цього секрет ураженої залози починає поступати через фістули в шлунок чи 12-ти палу кишку м, внаслідок чого зникає гіперферментемія та гіперферментурія.

До такого висновку ми дійшли на основі ендоскопічного дослідження стану шлунку та дуоденальної зони у хворих панкреатитом. В багатьох випадках він був досить характерним і визначався значними запально-деструктивними змінами в зоні дистального відділу бульбочки 12-ти палої кишки, що переходили на сфінктер Каппанджі (найближча ділянка постбульбарного відділу). Інколи такі явища спостерігались у верхній горизонтальній, нисхідній та нижчій горизонтальних гілках. Інтенсивність ендоскопічних проявів не співпадала з клінічними даними. Не рідко виявлялись глибокі виразкові поверхні на фоні інфільтрації, площею до 6,0-8,0 см.кв., що вимагало виключення карциноми підшлункової залози. При динамічній спостереженні ці виразки, як правило, загоювались інколи ускладнювались важкими кровотечами. У деяких хворих на місці виразок в послідуєчому залишались фістули, через які спостерігались виділення панкреатичного соку. Спочатку їх устя були інфільтровані, набрякли, почервонілі, а з часом запальні явища зникали. При порівнянні виявлених ендоскопічних змін з даними лабораторних досліджень сечі на рівень амілази в більшості випадків була кореляція між еуферментурією та наявністю фістульозно-виразкових змін в дуоденальній зоні.

В літературі описані випадки так званої розгерметизації підшлункової залози при панкреатитах, коли спостерігається утворення панкреатичних фістул між паренхімою залози та простором черевної порожнини з розвитком картини гострого асцити, панкреато-плевральних фістулах, з симптомами ексудативного плевриту та панкреато-заочеревних норицях, що ускладнюється флегмонами заочеревинного простору.

На нашу думку, виявлені ендоскопічні зміни дванадцятипалої кишки у хворих панкреатитом можна вважати його специфічними проявами і ускладненнями у вигляді одного із можливих варіантів в розгерметизації підшлункової залози (утворення панкреато-дуоденальних фістул), що відображається на клінічному перебігу хвороби та на зникненні синдрому гіперферментемії.

Можливості ендоскопічної діагностики аксіальних гриж стравохідного отвору діафрагми.

**Е.С.Демчук, І.І.Митюк.
м.Вінниця.**

Грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) залишається на сьогодні майже єдиним патологічним станом верхнього відділу травного тракту, в діагностиці якого віддається перевага рентгенологічним методам над ендоскопічними.

Проблема обумовлена відсутністю в ендоскопії надійних орієнтирів при дослідженні езофаго-гастрального переходу.

Нами запропоновано спосіб ендоскопічної *діагностики аксіальних гриж стравохідного отвору діафрагми*: заявка на винахід № 4883752/14 від 21 листопада 1990 року в колишнім Держкомітеті СРСР по винаходах.

Суть способу полягає в тому, що автором рекомендується в якості ендоскопічних орієнтирів відсутності чи наявності хіатальної грижі, використовувати співвідношення між зубчатою лінією-верхнім рівнем та діафрагмою -нижнім рівнем. Ці орієнтири виникають лише при аксіальних хіатальних грижах, внаслідок зміщення одного відносно другого по осі стравоходу. При цьому, в випадках відсутності ГСОД, зубчата лінія та діафрагма співпадають по горизонтальному рівні, через що їх важко розрізнити ендоскопічно. А при наявності ГСОД обидва орієнтири розміщені на певній відстані один від другого по вертикальній осі стравоходу, в залежності від ступеню грижі.

Зубчасту лінію завжди добре видно в ендоскоп у вигляді біло-блакитної тасьми, а діафраму по її ритмічних скороченнях, що передаються на прилеглі ділянки стравоходу чи шлунку під час дихання.

Для вивчення ефективності ендоскопічної діагностики аксіальних ГСОД за авторським методом проведено порівняльний аналіз його із загальноприйнятою рентгенологічною та інтраопераційною діагностикою у 347 хворих, що були оперовані на органах черевної порожнини у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім.М.І.Пирогова з 1989 по 1994 роки.

Дані результатів порівняльної діагностики див. табл. 1

Таблиця 1.

Результати ендоскопічної, рентгенологічної та інтраопераційної діагностики аксіальних гриж стравохідного отвору діафрагми.

Всього обстежено Кількість осіб, у яких виявлено аксіальну ГСОД оперованих

хворих	ендоскопічно	рентгенологічно	інтраопераційно
347	93	23	91

Як видно із таблиці, результати ендоскопічної діагностики аксіальних гриж стравохідного отвору діафрагми відповідно не відрізняються від інтраопераційної ($p > 0.1$).

В порівнянні з рентгенологічним виявлена значна перевага ендоскопічного методу діагностики аксіальних ГСОД ($p < 0.05$).

Таким чином ендоскопічна діагностика ГСОД по авторському способу не поступається інтраопераційній, значно переважає рентгенологічну і повинна використовуватись, як повсякденний метод скринінгу на наявність аксіальних ГСОД.

Анатомические ориентиры езофаго-гастрального перехода при эндоскопической диагностике аксиальных грыж.

Е.С.Демчук

г. Винница.

Отсутствие надежных ориентиров при исследовании езофаго-гастрального перехода является главной причиной недостаточного уровня диагностики аксиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы методом эндоскопии.

Из разработанных на сегодня эндоскопических маркеров этой зоны рекомендуется так называемая кардия: место перехода пищевода в желудок в виде резкого сужения пищеварительной трубки.

По данным авторов этот участок образован взаимодействием нескольких анатома-функциональных структур: а) нижним (диафрагмальным) сужением пищевода; б) тоническим сокращением гладко-мышечного сфинктера этого участка пищевода; в) сдавливанием пищевода в этой зоне поперечно-полосатыми мышцами краев пищеводного отверстия диафрагмы.

В нормальных условиях все эти образования размещены на одном горизонтальном уровне, тесно прилежат друг к другу, собственно из-за чего их трудно различить эндоскопически.

Кроме того, в зоне диафрагмального сужения размещается так называемая зубчатая линия - *ога serrata* - гистологическая граница между пищеводом и желудком со стороны слизистой оболочки. Вместе с тем эта линия не является анатомическим разделом - пищевод - желудок.

По Василенко В.Х. и др. этот раздел проходит на 2-3 см. ниже, что соответствует кардиальной вырезке между желудком и пищеводом (углу Гисса).

Одни авторы, исследуя в основном анатомический материал, находили зубчатую линию лишь под диафрагмой, другие - над диафрагмой, на ее уровне, под диафрагмой и даже на линии проекции кардиальной вырезки.

По нашим данным эндоскопического обследования около 20 000 пациентов, среди которых отсутствовали признаки аксиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, зубчатая линия всегда размещалась в пределах диафрагмального сужения пищевода - пищеводного отверстия диафрагмы или под ними. Линию во всех случаях хорошо видно в эндоскоп в виде бело-голубой полоски шириной до 2 - 2,5 мм, которая выступает над слизистой по всему периметру пищевода.

При аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы размещение вышеупомянутых структур нарушается - физиологическое диафрагмальное сужение пищевода вместе с собственным сфинктером и маркером этой зоны зубчатой линией передвигается вверх. А диафрагма, оставаясь на месте, как бы, относительно опускается вниз в каудальном направлении.

Эндоскопически всегда выявляется верхний ориентир - зубчатая линия и нижний - диафрагма - по ее ритмическим сокращениям во время дыхания, которые передаются на прилегавшие части брюшного отдела пищевода или желудка.

Таким образом, при аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы, вследствие смещения анатомо- функциональных структур пищеводно-желудочного перехода, возникает два дополнительных эндоскопических ориентира - зубчатая линия и диафрагма, по соотношению которых и возможна эндоскопическая диагностика аксиальных грыж.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (СО) ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА (ВОПТ) У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.

М.Н.Ермолаев. г.Харьков.

Известны данные о неблагоприятном влиянии персистенции ряда ДНК-вирусов у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Вирусы семейства Herpesviridae и Herpadnaviridae имеет тропность к эпителиоцитам поджелудочной железы, печени желудка и кишечника, а также вызывает и поддерживает иммунодефицитное состояние.

Проведено эндоскопическое обследование ВОПТ у 32 детей в возрасте от 3 до 14 лет. У этих больных установлено инфицирование и персистенция: вирусов простого и опоясывающего герпеса - у 5 (15,6%), вируса цитомегалии - у 17 (53,1%), вируса гепатита В - у 10 (31,2%) детей. Обнаружены следующие изменения СО ВОПТ :

- 1.Гастрит: 3(9,73%). Легкие 1; Умеренные 2; Выраженные 0;
 - 2.Эзофагит + гастрит 7(21,9%). Легкие 0; Умеренные 7; Выраженные 0;
 - 3.Гастродуоденит 3(9,37). Легкие 1; Умеренные 1; Выраженные 1;
 - 4.Эзофагит + гастродуоденит 14(43,7%). Легкие 0; Умеренные 8; Выраженные 6;
 - 5.Эзофагит + гастрит + язвы 12-перстной кишки 5(15,6%). Легкие 0; Умеренные 0; Выраженные 5;
- Всего: 32 Легкие 2; Умеренные 18; Выраженные 12;

У всех больных имелся поверхностный характер изменений СО ВОПТ различной степени, в том числе гипертрофический антральный гастрит у 3, полип 3 типа пищеводно-желудочного перехода - у 1, дуоденогастральный рефлюкс - у 7 детей. Наибольшие по тяжести воспалительные изменения СО отмечены у детей с герпетической и цитомегаловирусной инфекцией, коррелирующие с распространенностью поражения ВОПТ.

ЕНДОСКОПІНА ДІАГНОСТИКА РАННЬОГО РАКУ ШЛУНКА.

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

Ранній рак шлунку(РРШ)-визначається як форма раку ріст котрого обмежений рівнем слизової оболонки та післизової основи .Згідно із класифікацією,прийнятою у 1962 році японським товариством ендоскопістів-гастроентерологів, варто розрізнити три основних типи РРШ- виступаючий, поверхневий та підв'язний(виразковий).При поверхневому існує ще три підтипи - припіднятий, плоский та поглиблений.Практика показала,що вищезначені варіанти можуть зустрічатись у комбшаци один з одним. Існує багато клінічних та морфологічних класифікацій РШ .Однією з найбільш поширених являється класифікація Лаурена,який,враховуючи гістогенетичні та макроскопічні особливості захворювання, розрізняв "кишковий" та дифузний типи РШ.

Розвиток першого автор пов'язував з малігнізацією вогнищ кишкової метаплазії. Гістологічно це аденокарцинома (залозовий рак)він гістогенетично тісно пов'язаний із хронічним гастритом.Дифузний тип вважається генетично обумовленим, його виникнення пов'язується із малігнізацією саме шлункового епітелію,гістологічно це-незалозовий рак ендоефітного типу росту. Існує багато відзнак цих типів,які характеризують різні біологічні особливості цих форм.

Клінічних ознак, що достовірно вказують на малігнізацію виразки,поліпу шлунка та виникнення раку и хронічного гастриту,не існує.Саме тому перехід "доброякісного" періоду хвороби у злякисний для хворого та лекаря проходить непомітно.

В ендоскопічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні за 1979-1995 роки обстежено близько 55 тисяч хворих,рак шлунку виявлений у 20580,7%). Особлива увага приділялась нами групі ризику-до неї внесено хворих на виразкову хворобу шлунка, пацієнтів з поліпами шлунка і деякими варіантами хронічного гастриту, хворих, що перенесли резекцію шлунка та осіб, в яких у слизовій оболонці виявлені диспластичні зміни різного ступеню. Із 2058 хворих на РШ, ендоскопічний діагноз злякисного процесу підтверджено гістологічно у 72% при первинному дослідженні,у 23,5%-при повторних біопсіях, у 4,5% діагноз підтверджений після дослідження операційного матеріалу. Діагноз РРШ на нашому матеріалі становив 8,1% діагностованого раку взагалі, що становило 0,3% серед усіх оглядених хворих. Структура вищезначених варіантів -1 тип виявлений у 20% хворих, 2-й -(у своїй більшості - з підваріантами)-38% ,3-й-42%. Хворим із діагнозом дисплазії 2-3-го ступеню ендоскопічний та біопсійний контроль здійснювався через 1,3 та 6 місяців і надалі при виключенні діагнозу "рак" два рази на рік, у групі ризику без вказівки на диспластичні зміни, досліджувались ендоскопічно 2 рази на рік. Біопсійно в обов'язковому порядку ми проводили із обмежених гіпертрофій слизової оболонки, утворень, зовні схожих із хронічними ерозіями крайових та донних відділів активних та загоєних виразок і деформацій, ділянок, що характеризуються ригідністю та патологічною інфільтрацією тканин.

Слід підкреслити, що остаточний діагноз РРШ ставиться клінічно на підставі гістологічного дослідження саме операційного матеріалу, який дає можливість об'єктивно оцінити нижню межу пухлинного процесу. При зовні малих формах ураження СОШ рак може бути запущеним (т.з.розвинений рак), оскільки в деяких випадках процес малігнізації здійснюється у базальних її відділах, що супроводжується швидкою інвазією м'язової оболонки органа. Крім того, РРШ може характеризуватися значною площею ураження слизової оболонки, хоч по природі своїй він належить до пухлин ранньої стадії.

Однією із клінічних особливостей РРШ є можливість зменшення його площі при інтенсивному лікуванні "виразкової хвороби", яка помилково приймалась за доброякісний процес. Досліджуючи ретроспективно всі випадки РРШ, ми звернули увагу на складні морфогенетичні взаємини із дисплазією СОШ - так,

частше за всього дісно існує поступова малігнізація вогнищ диспазії та перехід їх у рак. Та нерідко дисплазія не має відношення до ракового процесу, а більше характеризує фонний гастрит та зміни у СОШ при виразковій хворобі та поліпах. Морфологічно РРШ менш різноманітний ніж розвинений. Як правило, це аденокарцинома різного ступеню диференціровки, порівняно рідко низкодиференційований рак. Слід відзначити що РРШ може розвинути практично при будь-якому варіанті хронічного гастриту, включаючи гастрит без диспластичних змін у СОШ. Крім того, т.з. дифузний РШ розвивається без диспластичних змін взагалі. Дуже ймовірно, що морфогенез дифузного РШ суттєво відрізняється від раку, що виникає при хронічному гастриті. Ефективність клінічної діагностики РРШ на сьогоднішній день поки що недостатня - у країнах із високим рівнем діагностики цього захворювання така форма складає до 20-40%) від всього РШ. Цей фактор, безумовно, суттєво впливає на результати хірургічного лікування хвороби взагалі, оскільки відомо що приблизно 95% хворих на РШ живуть більше 5 років, якщо вони прооперовані на першій стадії захворювання.

Таким чином, поліпшення клінічної діагностики РРШ, як і РШ взагалі, потребує динамічного ендоскопічного контролю за хворими диспансерної групи, більш широкого охоплення ендоскопічним методом дослідження всіх хворих, що скаржаться на шлунковий дискомфорт, обов'язкового забезпечення ендоскопічного матеріалу морфологічними методами дослідження, звертаючи посилену увагу на хворих із диспластичними змінами у слизовій оболонці шлунка.

АБЛАСТИЧНЕ ПРОВЕДЕННЯ ПОВТРИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ БІОПСІЙ ПУХЛИН ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПРЯМОЇ КИШКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КРІОВПЛИВУ І ЕЛЕКТРОКОАГУЛЯЦІЇ.

**Костінський І.Ю.
м.Івано-Франківськ.**

Методика ендоскопічного дослідження прямої кишки за останні десятиліття суттєвих змін не зазнала. Використання металічного ректоскопа дозволяє встановити локалізацію новоутворень, характер і форму росту, протяжність та його рухомість. Заключним еталоном ректоскопії є проведення щипцевої біопсії з допомогою конхотома, що є надзвичайно травматичною по відношенню до пухлини процедурою. Рак прямої кишки відноситься до пухлин з високою потенцією до метастазування. Тому грубі маніпуляції конхотомом в зоні пухлини в значній мірі можуть сприяти метастазуванню, а відтак впливати на виживання цих хворих.

Відносна резистентність пухлин прямої кишки до спеціальних протипухлинних методів терапії при високій питомій вазі виявлення хворих на стадії місцево-розповсюдженого процесу вимагає застосування у них повторних біопсій. Здійснення контролю за ефективністю лікування тільки за такими ознаками, як зменшення екзофітного компонента, розмірів, протяжності новоутворення та його рухомості носить елементи суб'єктивізму і тому є неточним. Проведені нами повторні морфологічні дослідження у 62 хворих на рак дистального відділу прямої кишки показали, що найбільш точну відповідь про те наскільки проведена терапія була ефективною може дати повторна біопсія з послідуочим вивченням ступеня лікувального патоморфозу. Завданням для морфолога при цьому є необхідність проведення кількісних морфологічних досліджень з визначенням відсотка елементів стромн, паренхіми, некрозу та кількості мітозів. Від правильності оцінки ступеня лікувального патоморфозу залежить вибір методу лікування та строків повторного їх застосування. Саме завдяки такому підходу до діагностики, за даними кількісної морфометрії, нами встановлено, що незалежно від методів передопераційної терпії /променева,

кріопротенева, хіміопротенева, / через 50 діб від початку проведення наступає відновлення мітозів в пухлині.

У 45 хворих на рак ампулярного відділу прямої кишки ми проводили повторні ректоскопії, у яких абластику і атравматичність біопсії ми досягали за рахунок попереднього заморожування пухлини з допомогою кріозонда завдовжки 15 см, введеного в пряму кишку через короткий тубус ректоскопа або ректальне дзеркало. При цьому використовували кріоаплікатор площею до 5 см кв. Заморожування здійснювали на протязі однієї хвилини. Після швидкісного відігріву кріоаплікатара проводили висічення наміченого для біопсії кусочка замороженої тканини з допомогою скальпеля. Не очікуючи повного розморожування проводили електрокоагуляцію ткани на місці взяття біопсії, що дозволило у всіх випадках попередити виникнення кровотечі. Для безболісного проведення ректоскопії, перед її виконанням, в анальний канал вводили марлевий тампон змочений в 1% розчині дікаїну.

Вважаємо, що запропонована нами методика діагностики з застосуванням при проведенні ендоскопічної біопсії заморожування і електрокоагуляції та послідуочим вивченням кількісних морфологічних показників відповідає сучасним онкологічним вимогам і принципам тому повинна застосовуватись у всіх хворих на рак дистального відділу прямої кишки.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯГАСТРОРЕЗКЦІЙНИХ СИНДРОМІВ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ.

**Ф.П.Міщенко, М.П.Чорнобровий, М.Г.Соболь, Л.М.Бриндіков,
О.І.Мукомела, І.О.Козак .
м.Вінниця,Хмельницьк.**

Проведено аналіз залежності виникнення післягастрорезекційних синдромів від функціонального стану дванадцятипалої кишки (ДПК до операції у 248 хворих з виразковою хворобою. Функціональний стан вивчали за клінічними, ендоскопічними та рентгенологічними даними.

Хворі розділені на дві групи в залежності від наявності чи відсутності ознак функціональних порушень ДПК. У першу групу ввійшли 84 (34%) хворих з ознаками функціональних порушень ДПК, в другу - 164 (66%) без таких порушень. Клінічними ознаками порушення функції була нудота у 28 (33%), блювота у 39 (46,4%), гіркота у роті у 12 (14%), відчуття ваги після їжі у 24 (28,6%) у хворих паршої групи.

Названі ознаки зустрічались, як правало, локілька разом.

При ендоскопічному обстеженні були виявлені: антрум гастрит у 82 (97,6%), в тому числі рефлюкс гастрит у 76 (90%) з наявністю більшої чи меншої кількості жовчі в шлунку, функціональні порушення воротаря, який спазмував або зяяв у 64 (76%) хворих.

Рентгенологічно було виявлено, крім органічних змін ДПК, слідуочі функціональні зміни - гіпотаню у 24 (28,6%), прикоренний ласаж контрасту у 60 (71,4%), маятнікоподібні коливання контрасту у 28 (33,3%) з рефлюксом у шлунок.

У хворих другої групи ознака порушень функції ДПК зуатрічались у поодиноких хворах, причому вони, як правило,були мало варажані і ваявлялись тільки окремими матодама обстеження.

Хворі оперовані методом Більтрот-П в модифкації Гофмейстера-Фістерера. Проведена після операції, в термін від 0,5до 3 років, оцінка двох післяопераційних синдромів - демпінга та правідної петлі, анастомозиту

гастриту. У всіх 72 обстежених хворих першої групи в віддаленому періоді знайдено ендоскопічно явища анастомозиту і рефлюкс-гастриту. Післягастрорезекційні синдроми виявлені у 26 (36%) із 72 хворах. Самосітньо демпінг-синдром був у 6, синдром привідної петлі у 4, комбінація таких синдромів у 16 хворих.

В другій групі обстежено 112 хворих, в яких явища анастомозиту і рефлюкс-гастриту виявлен у 63 (56,2%) випадків. Післярезекційні синдроми різного ступеню ваги знайдані у 6 (5,4%) пацієнтів. Демпінг-синдром був у 2, синдром привідної петлі -1, комбінація синдромів у 3 хворих.

Аналіз приведених результатів показує, що такі післягастрорезекційні синдроми, як дампінг та синдром привідної петлі зустрічаються в 6-7 раз частіше у хворих, у яких в доопераційному періоді вивлялися різноманітні функціональні зміни ДПК.

Дуоденогастральний рефлюксний синдром і рак кукси і шлунка. Михаськів.І.М. м. Львів.

В роботі проведено аналіз, в основному ендоскопічних досліджень за 15 літній період у 1076 хворих після традиційних варіантів резекційних операцій-гастректомії, проксимальної та дистальних резекцій, проведених з приводу рака у 634 хворих, 124 з приводу поліпоза шлунку, 246 з приводу виразки шлунка і 72 хворих з виразкою 12 палой кишки.

Мужчини склали 72%, жінки 28%, а середній вік 56 років .

Дослідження проводились в середньому 8,9+ 3,6 роки після проведеної операції.

В результаті досліджень виявлено що майже у всіх хворих котрим проведена традиційні резекційні операції розвиваються післяопераційні рефлюксні ускладнення в виді дуоденогастрального рефлюксного синдрому так як під час операцій резекуються воротар чи кардія котрі відграють дуже важливу регулюючу функцію в пасажі їжі. Отже з видаленням чи пошкодженням природніх запи-раючих механізмів шлунка виникає необхідність створених штучних. Цього можна досягнути з допомогою антирефлексних варіантів резекційних операцій.

Чим більше виражений ДГРС тим скоріше і частіше виникає первинний рак кукси і більш ранні рецидиви. Всього виявлено 125 рецидивів раку і 76 первинних раків кукси шлунка.

На основі вищесказаного рекомендуємо резекційні операції проводити в антирефлексних варіантах, особливо у хворих котрі оперуються з приводу хронічних виразок та поліпозу шлунка, а такаж ранніх раків 1 та 2 стадій.

К проблеме эндоскопической склеротерапии варикозно-расширенных вен пищевода.

**Мурачев В.В. , Пилипенко А.Я.
г. Бердянск**

Одной из серьезнейших проблем терапии желудочно-кишечного кровотечения является проблема кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Профилактическая эндоскопия склеротерапия варикозно-расширенных сосудов уменьшила годовой уровень летальности в Бердянском регионе до 13 %, что отражает 37- процентное относительное снижение летальных случаев. Однако риск развития тромбоза воротной вены у больных, которым выполнена эндоскопическая склеротерапия, побудил провести исследования этой проблемы. 14 больных с гепатит-циррозом были обследованы методом ангиографии до склеротерапии и через 18 месяцев после нее. Склеротерапию выполняли при помощи гибкого эндоскопа путем интра- или параварикозных инъекций 10-15 мл тетрадецилсульфата натрия до облитерации сосудов в течении 6-8 сеансов. По данным ангиографии не отмечено ни единого случая воротного или селезеночного тромбоза. Степень портальной перфузии, размер сосудов и визуализация желудочных вен не имели серьезных изменений.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБСТРУКЦИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Назаренко А.Ю. (Киев)

Рак пищевода является одним из самых частых и тяжелых заболеваний пищевода. Он составляет 85% от всех заболеваний пищевода. Среди всех злокачественных опухолей человека он составляет 5-10% и занимает шестое место среди злокачественных опухолей у мужчин, уступая по частоте раку легких и желудка. Подавляющее большинство раком пищевода (до 80%) составляют лица в возрасте старше 60 лет.

Операция и лучевая терапия позволяют достичь стойкого излечения в 6% случаев. Примерно 4% всех смертей от рака относят за счет карциномы пищевода. Ко времени установления диагноза 42% больных уже неоперабельны, 58% - подлежат хирургическому лечению, из них 19% - только паллиативному, только в 39% случаев возможна резекция опухоли. Операционная смертность составляет 30%, 18% больных умирает в первый, 9% - во второй послеоперационный год. Пятилетняя выживаемость ниже 10%. После установления диагноза продолжительность жизни без лечения составляет 8 месяцев, после признания случая неоперабельным - 3-5 месяцев.

В организации медицинской помощи неоперабельным больным раком пищевода на первое место ставится восстановление его проходимости и борьба с дисфагией. Среди нескольких способов, существующих на сегодняшний день, наиболее эффективной и перспективной является лазерная эндоскопическая фотокоагуляция, впервые описанная Fleisher D. и Kessler F. в 1983 г. Способ заключается в следующем: через инструментальный канал фиброэндоскопа излучение неодим-иттрий-алюминий-гранатового лазера (Nd:YAG) по кварцполимерному волокну подводят к опухоли, которая, в зависимости от мощности излучения, подвергается коагуляции, обугливанию или выпариванию и создают канал, необходимый для свободного движения эндоскопа.

Поиск оптимального способа лазерной эндоскопической реканализации, направленный на совершенствование безопасности, повышение эффективности и сокращение сроков реканализации привел нас к изобретению нового способа восстановления проходимости и лечения злокачественных обструкций верхних

отделов пищеварительного тракта (решение экспертизы Госпатента Украины о выдаче патента на изобретение № 95041889 от 25.04.95 г.)

Протеолитические энзимы использовались для лечения доступных злокачественных опухолей уже в конце XIX века - они вводились инъекцией прямо в опухоль, позже Pusey W.A. (1906), Maid P.S. (1907) и Blumenthal F. (1910) сообщили, что введение в опухоль трипсина сравнительно быстро ведет к ее размягчению с асептическим расплавлением опухолевой ткани. Особенно важным было открытие того факта, что под действием энзимов происходит разрушение сети, соединяющей опухолевые клетки между собой и эндотелием, протеолиз мембран раковых клеток, что ведет к уменьшению и некрозу опухоли. Существенным был тот факт, что процесс деструкции никогда не распространялся за границы опухоли. Инъекции смесей энзимов непосредственно в опухоль вели, в большинстве случаев, к ее уменьшению приблизительно на 50% и к колликвационному некрозу.

Исходя из вышеизложенного, мы пришли к выводу, что применение протеолитических энзимов представляет собой новый, 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 - I") с длиной волны 1,064 мкм и максимальной выходной мощностью 55 Вт, излучение которого подводится к объекту по кварцполимерному волокну, введенному в инструментальный канал эндоскопа.

Новый способ восстановления проходимости верхних отделов пищеварительного тракта применен нами у 6-ти больных (5 мужчин, 1 женщина) в возрасте от 49 до 64 лет (средний возраст 58,4 лет). Сеансы лазерной эндоскопической реканализации больным злокачественными обтурирующими и стенозирующими неоперабельными опухолями пищевода и кардан проводились по общепринятой методике. Отличием являлось то, что в конце каждого сеанса реканализации через пластиковый инъектор, введенный в канал эндоскопа, производились инъекции в ткани опухоли раствором одного из протеолитических ферментов, например Chymopshu (50 мг на 30-40 мл 0,25% раствора новокаина), что позволяло ускорить процессы отторжения некротизированных излучением лазера участков опухоли и их последующего лизиса и сокращало промежутки между сеансами, обеспечивало сокращение сроков лазерной реканализации. Предложенным способом проведено 8 курсов реканализации пищевода и кардан. Осложнений не было, все больные в процессе лечения не предъявляли жалоб. Средняя продолжительность курса реканализации составила 6 суток, в то время, как для 8 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.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ
В.И.НИКИШАЕВ, С.Г.ГОЛОВИН.
Г. КИЕВ.**

Эффективность различных видов ваготомий и резекций желудка достаточно полно изучена в нашей стране и за рубежом. В проблеме же диагностики и лечения локальных послеоперационных осложнений остается еще много нерешенных вопро сов. Под нашим наблюдением находилось 1635 больных, перенесших различные виды операций на желудке, выполненных в различных лечебных учреждениях.

Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде явля лось нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка (МЭФЖ). Из них только 52% больных имели клинические признаки гастростаза, а у остальных 48% они были обнаружены при эндоскопическом исследовании, подтвержденном рентгенологиче- ски. При функциональном гастростазе тяжелой степени (11 больных), связанным с денервацией желудка после стволовой ваготомии медикаментозную терапию допол няли проведением гастроинтестинального зонда для энтерального питания. Из 84 больных с механическими причинами нарушения эвакуации из желудка у 74(88,1%) больных имел место анастомозит, у 6(7,1%) - перемычка гастродуоденального пере хода в результате захвата в шов передней и задней стенок, у 4(4,8%) - сдавленно двенадцатиперстной кишки (ДПК) инфильтратом. Эндоскопическое пересечение пе ремычки произведено всем 6 больным. Из них применение у 4 человек нашей мето дики позволило сократить в 2 раза сроки пребывания в стационаре. Перевод 12 больных на энтеральное питание после бужирования анастомоза эндоскопом позво лил вылечить их консервативно. С 1985г. стали проводить эндоскопическую баллонную гидродилатацию анастомоза по собственной методике, расширяя анастомоз до 2,5-3см с одновременным проведением зонда для энтерального питания на 3-8 дней. У 62 больных, кому был применен данный метод, не было осложнений и наступило выздоровление в 2-3 раза быстрее, чем в контрольной группе. Из 4 больных со сдавленным ДПК инфильтратом извне включение эндоскопического пособия (энтеральное питание, дилатация сужения) в лечение позволило у 2 избежать по второй операции.

При возникновении гастродуоденального кровотечения в раннем послеопера ционном периоде эндоскопическая остановка (гидроэлектрокоагуляция с последую щим нанесением пленкообразующего полимера) была эффективна при кровоте че нии из острых изъязвлений у 4 из 8 больных, из линии швов у 12 из 13 и из ушитой язвы у 2 из 5.

При дисфагии, возникающей вследствие гиперфункции фундопликационной манжеты после СПВ - применение однократной (18 человек) или двухкратной (5) эн доскопической баллонной гидродилатации дало хорошие результаты.

Таким образом, эндоскопия является высокоэффективным методом диагно стики и лечения ранних послеоперационных осложнений, позволяющая улучшить непосредственные результаты операций и сократить сроки лечения.

**ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕННЯ РАКУ ШЛУНКА В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ
ОБЛАСТІ ЗА ДАНИМИ
ЕНДОСКОПІЧНОГО ВІДДІЛУ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ОБЛАСТНОГО
МЕДИЧНОГО ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ
В.М.НАВРАТА**

м.ЧЕРНІВЦІ (Чернівецький обласний медичний діагностичний центр)

Проведений аналіз виявленого раку шлунка по Чернівецькому обласному медичному діагностичному центру /ендоскопічний відділ/ за період 1891-1985 рр.-показує що за цей період було виявлено 444 випадків захворювання на рак шлунка що по відношенню до оглянутих /ГДФС - 51810/ складає - 0,8% від загальної кількості ендоскопій. Частіше рак шлунка зустрічався в віці від 50 до 60 років (104-випадки 23,4%). У віці 20-30 років спостерігалось чотири випадки 0,9%; 30-40 років-43 /9,6 %/; 40-50 років - 46 /10,3%/; 60-70 років-101 /22,7%/ випадків.Частіше рак шлунку зустрічався у чоловіків у 321-/72,3%/ , рідше-у жінок - 123/27,7%/ . Поліповидна форма раку різко обмежена повільно ростуча в просвіт шлунку пухлина, зустрічалась в 6,7% /30 випадків /.

Блюдцевидний рак-плоска виразка, оточена високим валом пухлинних розрощень, різко обмежена від здорової слизової, була виявлена в 2,4% /11 випадків/.Виразково-інфільтративний рак - при ньому край виразки обмежений від оточуючої здорової слизової не чітко і не по всьому париматру.За даними Ендоскопічного відділу ця Форма зустрічалась в 40% (17В випадків). Дифузно-інфільтративний рак-найбільш часта форма пухлини, дифузно інфільтрує стінки шлунку. По даним ендоскопічного відділу ця форма спостерігалась в 50,8 % /212 випадків/.

Як відомо, останні форми раку шлунку характеризуються високою ступінню злоякісності.

Особливе значання надавали виявленню ранніх форм раку шлунку. За нашими

даними ранні форми раку шлунку вдалося виявити в 8,3 % (37 випадів) від всієї кількості встановленого діагнозу- рак.

За гістологічною картиною найбільший відсоток складала аденокарцинома, друге місце займає перстневидноклітинний та нодиференційований раки.

Таким чином: серед жителів Чернівецької області рак шлунка зустрічається з частотою 47,1% випадків на 100000. Серед обстежених частіше рак шлунку зустрічався у чоловіків у віці 50-60 років у вигляді дифузно-інфільтративних форм, серед ранніх форм тип -ІІІ, (увігнутий), серед морфологічних форм-аденокарцинома.

Метод ендоскопії з прицільно-морфологічним дослідженням дає змогу здійснити ранню діагностику рака,встановити характер пухлинного процесу та покращити вибір ліувальної тактики.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ
ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА.**

В.И. НИКИШАЕВ, С.Г. ГОЛОВИН

Эндоскопическая склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода, осложненных кровотечением, была нами применена у 42 больных (34 мужчин и 8 женщин) в возрасте $56 \pm 5,6$ лет. Для ее осуществления нами использовались три методики эндоскопического склерозирования вен. В первой группе инъекции

склерозанта осуществляли в расширенные вены с целью их облитерации и устранения варикоза (12 больных - 28,6%). Во второй - инъекции проводили непосредственно вблизи вен, что вызывало образование своеобразной защитной муфты из рубцовой ткани вокруг вен (6 больных - 14,3%). В третьей группе инъекции выполняли одно- моментно пара- и интравазально, что преследовало две терапевтические цели од новременно (24 больных - 57,1%). Различий по полу, возрасту, степени тяжести кровотечения среди этих групп не было. У 36 больных(85,7%) источник кровоте чения из варикозно расширенных вен располагался в нижней трети пищевода, а у 6(14,3%) в кардиальном отделе желудка. 32 больным(76,2%) склеротерапия прово дилась на высоте кровотечения, а 10 - в раннем отсроченном периоде(23,8%). В первой группе процедуру проводили в среднем $4,4 \pm 0,5$ раза, во второй - $5,1 \pm 0,6$ раза, в третьей группе - $3,1 \pm 0,4$ раза. Манипуляции выполняли в среднем через 3-5 дней. В просвет сосуда вводили от 4 до 10мл 3% раствора тромбовара, а парава- зально- 35% раствор этанола, приготовленный ex tempore из равных частей 70% раствора этанола и 1% раствора новокаина. У 7 больных первой группы при проведении склеротерапии применяли «Устройство для проведения эндоскопической склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода», позволяющее во время манипуляции пережать вены проксимальнее места введения препарата, что пре дотвращает нежелательное распространение склерозанта по сосудам и приводит к созданию необходимого депо препарата в месте инъекции.

Рецидив кровотечения отмечен у 2 больных(16,7%) в 1-й группе, у 203,3%) во 11-й и у 2(8,3%) в 111-й. В 1 группе умерло 2 больных(16,7%), во 11 - 203,3%) и в III - 4(16,7%). У 3 больных (по 1 из каждой группы) причиной смерти явилась нарастаю щая печеночная недостаточность без признаков кровотечения. Ликвидация вари козного расширения вен достигнута у 9 больных (75%) в 1-й группе, у 3(50%) во 11-й и у 19(79,2%) в 111-й. Полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой эффективности эндоскопической склеротерапии при лечении больных с варикоз ным расширением вен пищевода, осложненным кровотечением. Большой эффек тивностью обладает паравазальное и одномоментное пара- и интравазальное введение склерозирующего препарата.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

В.И. НИКИШАЕВ, П.Д. ФОМИН, С.Г. ГОЛОВИН. г.Киев.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки является одним из распространен ных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которое выявляется у 10-15% взросло го населения. Существующие методы лечения язвенной болезни, основанные на ме стном воздействии на язвенный дефект, требуют многократного проведения эндоско пических вмешательств. С 1983 года в литературе появились работы, описывающие метод эндоскопической химической денервации желудка (ЭХДЖ), приводящий к сни жению его кислотопродуцирующей функции и быстрому заживлению язв двенадцати перстной кишки. Это послужило основанием для определения эффективности этого метода и разработки методов селективной и субтотальной ЭХДЖ.

Данный метод был применен у 386 больных в возрасте $48,8 \pm 6,2$ года при лечении хронической язвы двенадцатиперстной кишки у 232 больных, у 127 больных с крово точащей язвой двенадцатиперстной кишки и у 27 с рецидивом язвы после перенесен ных органосохраняющих операций. До ЭХДЖ и после нее через 3, 6 и 12 месяцев изу чалась кислотопродуцирующая функция желудка.

В первой группе (78 пациентов) ЭХДЖ проводили по методу T.V.Taylor с соавт. (1983), во второй (172) - селективную ЭХДЖ и в третьей - субтотальную ЭХДЖ (136) по собственной методике (В.И.Никишаев, П.Д.Фомин 1988,1990).

Денервацию осуществили путем введения 35% раствора этанола, приготовленного непосредственно перед процедурой из равных частей 70% раствора этанола и 1% раствора новокаина. в мышечный и субсерозный слой желудка. Каждая инъекция в количестве 3-5мл вы полнялась на расстоянии 3-5см друг от друга.

Больным с дуоденальными язвами диаметром до 1,5см выполняли ЭХДЖ по методу T.V.Taylor и селективную ЭХДЖ путем инфильтрации серозного и мышечного слоев желудка циркулярно по периметру интермед парной зоны (определяемой хромо- гастроскопически) с последующим введением препарата вдоль малой кривизны (с переходом на переднюю и заднюю стенки) до пищевода и циркулярно в кардиальном отделе желудка. При язвах большего диаметра или у больных с частыми обострениями язвенной болезни проводили субтотальную ЭХДЖ, которая выполнялась путем введения того же раствора циркулярно по всей поверхности стенок от антрального отдела до пищевода.

У всех больных отмечалось исчезновение болевого синдрома уже в первые сутки после ЭХДЖ. Однако у больных второй и третьей групп отмечалось появление функционального нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, проявлявшееся чувством тяжести в эпигастрии после приема пищи в течение 2-6 дней, что требовало назначения церукала.

К 10-12 дню произошло заживление язвенного дефекта у 43 (55,1%) больных в первой группе, у 134 (77,9%) во второй и у 128 (94,1%) в третьей, а к 20-25 дню у 71 (91%), 162 (94,2%) и у 134 (98,5%) соответственно. В связи с неэффективностью лечения 9 больных были оперированы (2 из 1 группы, 6 из 2 группы и 1 из 3), а 10 от операции отказались.

При изучении кислотопродуцирующей функции желудка в течение года отмечено ее снижение на 20-30% в первой группе, 35-40% во второй и 40-60% в третьей. В последующем отмечается постепенное возвращение ее к исходным цифрам протекающее значительно быстрее в первой группе, чем во второй и третьей. Через 1-3 года рецидив язвы был выявлен у 13 (16,7%) человек в 1 группе, у 12 (6,9%) во 2 и у 5 (3,6%) в третьей.

Считаем, что предлагаемые методики эффективны и доступны для широкого применения в клинической практике.

ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА РАКА ШЛУНКА

Наврата В.М.

м.Чернівці

Рак шлунка залишається на першому місці серед онкологічних захворювань. Захворюваність раком шлунка серед міського населення вища між середільського. При співставленні вікових та статевих показників захворюваності населення злякисними новоутвореннями шлунка видно, що захворюваність раком шлунка збільшується в основному у віці старше 70 років. Цей факт пояснюється загальною тенденцією старіння населення. Вивчаючи матеріали онкологічних диспансерів встановлено, що серед хворих старших 70 років переважають жінки, серед молодого та середнього віку - чоловіки.

Проведений аналіз захворювання на рак шлунка по Чернівецькому обласному медичному діагностичному центру(ендоскопічний відділ) за період 1991-1994 р.р. - показує, що за цей період було виявлено 360 випадків захворювання на рак шлунку, що по відношенню до оглянутих (ГДФС - 39421) складає - 0,9 %.

Порівнюючи по рокам 1991 рік - виявлено 80(на 4563)ГДФС), або 1,7%

1992 рік - виявлено 80(на 9140)ГДФС), або 0,9%

1993 рік - виявлено 93(на 13412)ГДФС), або 0,7%

1994 рік - виявлено 107(на 12306)ГДФС), або 0,8%

Враховуючи віковий ценз, частіше рак шлунка зустрічається в віці 60 - 70 років 88 - випадків, що складає 24,4%, 20-30 років - 2 випадки (0,5%), 30-40 років - 35

випадків (9,7%), 40-50 років - 75 випадків(20,8%) , 50-60 років - 84 випадки (23,3%) , > 70 років - 76 випадків (21,1%).

Серед жінок та чоловіків частіше рак шлунка зустрічається серед чоловічої статі. Рак шлунка виявлений у 290 чоловіків, що складає 73,2%, у жінок - 106, що складає 26,7% від усіх виявлених раків(за даними Н.П.Напалкова чоловіки - 43,6% випадків, жінки - 30,9% випадків).

Виходячи з наших даних у віці 40-60 років чоловіки складають 44,2% або 159 випадків.

За характером росту зустрічається : поліповидний , бляшковидний , блюдцевидний, виразковий та дифузний рак шлунку.

Поліповидна форма зустрічається рідко (від 3% до 18% від всіх форм), блюдцевидна - в 10%-45%, за нашими даними поліповидна форма зустрічається в 6,9%, блюдцевидна в 2,5%, або 25 та 9 випадків в абсолютних цифрах.

Виразково - інфільтративний рак - найбільш часта форма, зустрічається в 42,7%, або 154 випадках. Дифузно- інфільтративний рак - зустрічається в 10% - 30% від всіх форм, виходячи з наших даних ця форма раку зустрічається в 45,5%, або 164 випадках.

З клінічної точки зору дві останні форми раку характеризуються високою ступінню злоякісності.

Важливе значення має виявлення раку шлунка на ранніх стадіях , за нашими даними ранні форми раку шлунка зустрічаються в 7,7%, або 28 випадків від всіх виявлених раків .

Тип 1 - в 28,6%, або 8 випадків, тип 2 - в 17,8% , або 5 випадків, тип 3 в 53,6%, або 15 випадків.

По даним різних авторів морфологічні форми рака шлунка в процентному відношенні зустрічаються : аденокарцинома - 45%, солідні - 12,6%, скір - 27%, колоїдні - 4%, недеференційовані - 6%, змішана форма- 4,2%, плоскоклітинний - 0,5%.

За нашими даними : аденокарцинома - 62,7%, колоїдні - 1,6%, недеференційовані - 6%, змішана форма - 6,6%, плоскоклітинний - 0,8%, перстневидноклітинний - 16,6%.

Таким чином, за нашими даними захворюваність знаходиться в межах 1%, частіше рак шлунка зустрічається у чоловіків у віці 60-70 років, серед візуальних форм переважно зустрічається виразково-інфільтративна форма, серед ранніх форм тип -III (увігнутий), серед морфологічних форм аденокарцинома.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

к.м.н. Підпригора А.П. к.м.н. Шаталюк Б.П.

Мукомела О.П. Царук Л.Л.

м. Хмельницьк.

Кровотока - одна з тяжких ускладнень багатьох захворювань стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки. Швидко набираючи головну вагу в розвитку захворювання, поява кровоточі значно погіршує прогноз, нерідко загрожує здоров'ю та життю хворого.

На базі Хмельницької обласної лікарні створені ургентні хірургічні бригади, до складу яких входять лікарі- ендоскопісти. Ці бригади обслуговують хворих з шлунково- кишковими кровотечами, які поступають в ургентному порядку в нашу лікарню, а також хворих в межах області, виїжджаючи спеціальним транспортом по лінії санавіації .

За останніх 10 років введено 785 ендоскопічних обстежень хворих з гастродуоденальними кровотечами.

Виразка цибулини дванадцятипалої кишки була самою частою причиною кровоточі - 252 хворих

(32%). В 228 хворих дефект слизової розміщувався на задній стінці цибулини, мав неправильну форму, розмір від 5 мм до 15 мм, різну глибину. В 24 хворих

виразка була другої локалізації. У 47 хворих (6%) була підозра на виразку дванадцятипалої кишки.

Виразка шлунку була діагностована в 100 хворих (12,7%). Найчастіше зустрічались виразки округлої форми з нависаючими краями, розміри від 5 мм до 30 мм. Кровоточа частіше виникала з виразок малої кривизни антрального відділу та тіла шлунку.

Основною причиною невиразкової кровотечі являється ерозивний гастрит - 108 випадків (13,7%). В 34 хворих разом з ерозивною формою та розмірів, на слизовій оболонці шлунку було виявлено кровозливи.

Рак шлунку був причиною кровотечі у 93 хворих (11,8%). Найчастіше були виявлені пухлини великих розмірів інфільтративно-виразкового характеру.

Доброякісні пухлини, синдром Меллорі-Вейсса, варикозне розширення вен стравоходу, інші невиразкові захворювання також являлись причинами кровотеч (23,8%).

Під час ендоскопічного обстеження у 418 хворих була виявлена кровотеча різної інтенсивності. В 367 випадках під час огляду кровотечі виявлено не було, хоча було знайдено джерело кровотечі, яка мала місце за останніх 5 днів.

Таким чином, застосування ендоскопічного методу при шлунково-кишкових кровотечах є одним з головних (5 факторів в діагностиці та визначенні тактики лікування). Ендоскопічне обстеження таких хворих допомогло різко зменшити кількість випадків з невстановленим джерелом кровотечі. За останні 5 років в клініці не було випадку, коли хворий, обстежений ендоскопічно оперувався в зв'язку з продовжуючоюся кровотечею без діагнозу.

Остановка гастроудоденального кровотечення введенням Лифузоля через фиброгастроудоданоскоп.

А.А.Повещенко.

г.Запорож'є.

Остановке гастроудоденальных кровотечений через эндоскоп посвящено большое количество работ, однако необходимо отметить, что локальное воздействие на источник кровотечения при электрокоагуляции, лазерной фотокоагуляции, введение сосудосуживающих веществ в подслизистый слой имеют свои недостатки. В связи с этим весьма актуальны поиски новых доступных для широкого применения способов остановки и профилактики кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.

С целью изучения эффективности остановки язвенного кровотечения через эндоскоп применен Лифузоль в виде аппликации на кровоточащий язвенный дефект.

Под нашим наблюдением находилось 14 больных: 13 больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненные кровотечением и 1 больной с синдромом Маллори-Вейсса - все больные в возрасте от 20 до 62 лет.

Методика остановки кровотечения из язвенного дефекта заключается в том, что непосредственно через эндоскоп кровоточащий язвенный дефект покрывается полимеризующейся пленкой клея лифузоля, в следствии чего кровотечение останавливается. Количество вводимого препарата зависит от размера кровоточащего дефекта стенки желудка, двенадцатиперстной кишки или трещин слизистой (в случае синдрома Маллори-Вейсса), а так же от интенсивности кровотечения.

Пленка полимеризующегося клея - Лифузоля - достаточно плотно покрывает источник кровотечения, что способствует остановке кровотечения. И это хорошо определяется визуально.

С целью контроля эффективности гемостаза и своевременного предупреждения возможного рецидива кровотечения, нами осуществлялся динамический эндоскопический контроль в течение первой недели через 1-3 суток.

Исследования показали, что с помощью описанной методики остановки гастродуоденальных кровотечений Лифузолем прицельно, через эндоскоп, достигнута эффективная остановка кровотечений во всех исследуемых случаях.

При динамическом эндовизуальном контроле отмечалось, что полимерная клеевая пленка лифузоля держится на язвенном дефекте до 3-4 суток, а это достаточно для тромбообразования и остановки язвенного кровотечения. Таким образом, примененный метод эндоскопической локальной остановки гастродуоденальных кровотечений путем нанесения лифузоля на язвенный дефект, оказался весьма эффективным, надежным и доступным методом в комплексном лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЕКОЛА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Повещенко А.А. г.Запорожье

Как известно, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки по распространенности занимает одно из первых мест среди заболеваний органов пищеварения. В ее лечении в последние годы достигнуты значительные успехи, однако нередко еще встречаются наблюдения, при которых язвенный дефект, несмотря на проводимую терапию не рубцуется, а в ряде случаев и увеличивается. Поэтому ученые медики постоянно в поиске новых более эффективных методов противоязвенного лечения, к которым и относятся методы лечебной эндоскопии.

В частности, к одному из таких методов лечебной эндоскопии относится лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки облепиховым маслом, которая в виде аппликации, через эндоскоп, прицельно наносится на язвенный дефект. Лечение облепиховым маслом, как показала длительная практика, дает хороший эффект заживления язв.

По данным Всесоюзного Статистического Управления на 1989г. в СССР ежегодно производилось 26 тонн облепихового масла, половина которого ушла на нужды гастроэнтерологии; расход на курс лечения составлял примерно 300г. Со временем картина резко изменилась и в последние годы поступления облепихового масла в Украину резко сократились, а потом и полностью прекратились. Выручили сотрудники Харьковского политехнического института, которые разработали, клинически изучили и рекомендовали в практическое здравоохранение Украины новый комбинированный препарат АЕКОЛ, который по своим фармакологическим свойствам близок к облепиховому маслу и предназначен для лечения ран и различных поражений слизистых оболочек.

Мы применяли АЕКОЛ для эндоскопического лечения больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Группу из 24 больных разбили на 12 человек: первой группе больных (контрольной) для введения на язвенный дефект применялось облепиховое масло, а второй группе - вводился АЕКОЛ по такой же методике, что и облепиховое масло, т.е. прицельно создавалась аппликация на язву. Лечебные сеансы проводились ежедневно, под визуальным эндоскопическим контролем. Лечебный эффект препарата АЕКОЛа оценивали путем сравнения сроков эпителизации эрозивно-язвенных элементов на слизистой оболочке гастродуоденальной зоны у основной и контрольной группы. В результате лечения АЕКОЛом отмечали стимуляцию репаративного процесса у всех обследуемых больных. Сроки заживления эрозивно-язвенного процесса сокращались и в большинстве случаев соответствовали срокам

заживления при использовании нативного облепихового масла. Был достигнут хороший противовоспалительный эффект.

Результаты клинического изучения АЕКОЛа свидетельствуют о его эффективности в гастроэнтерологической практике при эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, не было выявлено существенных различий в эффективности АЕКОЛа и облепихового масла в лечении гастроэнтерологических больных.

СЕМИЛЕТНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ОПЫТ.

Повещенко А.А., врач-эндоскопист (Запорожский областной кардиологический диспансер - гл. вр. - А.Ф.Тонконогов)

Всего за период с 1985-1991г.г. в Запорожском областном кардиологическом диспансере (а до 1990г.) -больница Леч Сан Упра) проведено 2881 эндоскопий с лечебной целью по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Лечебная эндоскопия у 266проводилась по установленным методикам путем местной прицельной обработке язв через эндоскоп, под визуальным контролем, и у 218 больных - эндоскопическое лечение сочеталось с предварительной лазеротерапией на язвенный дефект.

У 43 больных язвы были осложненные кровотечением (легкой и средней степени тяжести). В данных случаях с целью гемостаза проводилось прицельное, через эндоскоп, нанесение полимеризующегося клея на кровоточащую язву. Контроль за качеством гемостаза проводился эндоскопически на 1-е и 3-и сутки.

Лечебный эффект прицельного эндоскопического лечения отмечался во всех случаях: при непосредственной местной обработке язв лазерным лучом, облепиховым маслом - наблюдалось купирование болей, активный рост грануляционной ткани и быстрая эпителизация язвы. Полная эпителизация язв наблюдалась на 8-14 сутки (в зависимости от величины язвенного дефекта), а слизистая гастродуоденальной зоны восстанавливалась, что значительно сокращало сроки лечения больных, прибывание их на больничной койке и в большинстве случаев в последующем периоде наблюдалась стойкая ремиссия заболевания (до 80%).

Во всех случаях эндоскопическое лечение в комплексе с индивидуально подобранным медикаментозным лечением.

По годам проведенные фиброгастродуоденоскопии выглядят следующим образом:

1. 1985г. Всего ФГДС - 200:

- язвы желудка - 16
- острые язвы ДПК - 79
- хронические язвы ДПК - 42
- другая патология - 62

2. 1986г. Всего ФГДС - 670

- язвы желудка - 21
- острые язвы ДПК - 227
- хронические язвы ДПК - 87
- другая патология - 46

3. 1987г. Всего ФГДС - 567

- диагностических - 254
- язвы желудка - 19
- острые язвы ДПК - 85
- хронические язвы ДПК - 98
- другая патология - 52

4. 1988г. Всего ФГДС 980

- лечебных - 360 (36 больных)
- диагностических - 620
- язвы желудка - 23
- острые язвы ДПК - 334
- хронические язвы ДПК - 204
- другая патология - 59
- 5. 1989г. Всего ФГДС - 997
- лечебных - 637 (63 больных)
- диагностических - 360
- язвы желудка - 18
- острые язвы ДПК - 185
- хронические язвы ДПК - 64
- другая патология - 74
- 6. 1990г. Всего ФГДС - 1329
- лечебных - 760 (56 больных)
- диагностических - 569
- язвы желудка - 16
- острые язвы ДПК - 287
- хронические язвы ДПК - 167
- другая патология - 99
- 7. 1991г. Всего ФГДС - 877
- лечебных - 522 (51 больной)
- диагностических - 355
- язвы желудка - 9
- острые язвы ДПК - 185
- хронические язвы ДПК - 94
- другая патология - 67.

Учитывая проведенный семилетний опыт нашей скромной клинической работы, как в плане диагностических эндоскопических исследований, так и в плане применения лечебной эндоскопии, можно сделать вывод о больших перспективных возможностях и развитии эндоскопии в лечебной практике.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

**Повищенко А.А.
г.Запорожье.**

В лечебной эндоскопии мы широко применяем эндоскопическую лазеротерапию - непосредственно на язвенный дефект желудка и двенадцатиперстной кишки. Использовался в лечебном процессе серийный гелеонеоновый лазер АФЛ-1 с длиной волны 0.65 мкм и максимальной выходной мощностью 25 мВт. Для подачи лазерного излучения на патологический очаг использовался моносвет 2.5 мм, длиной 2.5 м, который проводился через биопсионный канал фиброгастроуденоскопа фирмы "Олимпус" (Япония).

Перед лечебным курсом, у 95 больных в возрасте от 25 до 62 лет , при эндоскопическом исследовании были диагностированы язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, как острые, так и хронические, разной локализации, без признаков начинавшегося рубцевания. Местное лечение язв желудка осуществляли только после гистологического подтверждения доброкачественного характера их. Размеры язв врыировали от 0.7 до 2.5 см.

Под визуальным контролем дистальный конец эндоскопа подводился к язвенному дефекту и прицельно шла экспозиция лазерного луча на язву в течение 2-4 мин. в зависимости от размеров язвы и ее эндоскопической характеристики.

Курс эндоскопической лазеротерапии составлял в среднем 10 сеансов.

Опыт применения лазеротерапии - непосредственно на язву показал ее значительную эффективность: первые 1-3 сеанса оказывали анальгизирующий эффект даже при выраженных болевых синдромах; отмечалось хорошее противоотечное действие; в последующие сеансы лазеротерапии язва очищалась от налета - детрита и происходило ускоренное созревание грануляционной ткани с последующей быстрой эпителизацией язвы, восстановления слизеобразующей функцией покрывного эпителия. Следует отметить и тот факт, что при заживлении язв желудка и двенадцатиперстной кишки под воздействием лазерного излучения рубцы образуются эластичными и не создают грубую рубцовую деформацию привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки (в случае язв двенадцатиперстной кишки).

При изучении отдаленных результатов рецидив язв желудка выявлен у четырех больных, которым были проведены повторные курсы эндоскопической лазеротерапии с хорошим терапевтическим эффектом.

Профілактика гепатитів В,С та ВІЛ-інфекції в ендоскопічній практиці

м.Київ

Порохницький В.Г., Дзюблик І.В., Вороненко С.Г., Ковалишин Г.Г.

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є лікарняна інфекція. Так, за даними Покровського В.І. /1993/ біля 5% хворих, які госпіталізуються, поддаються інфікуванню різними мікроорганізмами та вірусами. Спалахи лікарняних Інфекцій різної етіології періодично виникають в стаціонарах різного профілю. Серед чисельних збудників лікарняних інфекцій значне місце посідають віруси гепатитів В і С та імунодефіциту людини /ВІЛ-І/. Розповсюдження цих вірусів в лікувально-профілактичних закладах відбувається найчастіше через використання нестерильного медичного інструментарію та обладнання. Велику небезпеку являють чисельні лікувальні та діагностичні маніпуляції, при яких має місце пошкодження слизових оболонок та шкіри. При цьому відбувається прямий контакт медичних приладів та апаратів з поверхнею рани, кров'ю.

Часто такими приладами є ендоскопи /гастроскопи, колоноскопи та Інші/. В процесі постійного використання ендоскопи інфікуються різними вірусами та мікроорганізмами. При порушенні режиму дезінфекції вони можуть стати фактором передачі вірусів гепатитів В і С, ВІЛ, герпетичних вірусів і інші.

Для запобігання передачі цих вірусів усі інструменти, прилади та апарати багаторазового користування повинні підлягати дезінфекції та стерилізації після їхнього використання. Але не все медичне обладнання витримує традиційне знезараження /кип'ятінням, автоклавуванням, дією сухого жару/. До таких належать: прилади з волокнистою оптикою. Тому їх необхідно дезінфектувати після кожного використання .

Дезінфекція - це знищення патогенних мікроорганізмів на виробі медичного призначення, тоді як стерилізація - це повне знепліднення усіх видів мікроорганізмів (в тому числі і вірусів) і спор.

Дезінфекцію ендоскопів проводять за допомогою хімічних речовин. Найбільш ефективною хімічною речовиною, що негативно діє на віруси /в тому числі і віруси гепатитів В,С і ВІЛ/ є розчини різної концентрації глютарового альдегіду.

Для дезінфекції ендоскопів використовують 2,5% розчин глютарового альдегіду з рН 7,0 - 8,5, 70% етиловий спирт та спиртовий розчин хлоргексидину

біглюконату /гібітан/, що активний тільки по відношенню до грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів і не активний до вірусів та спор.

Після кожного обстеження ендоскоп потрібно очистити від слизу, так як глютаральдегід і спирт можуть його зафіксувати на поверхні ендоскопу і тим самим створити захисну плівку для вірусів.

Після очистки ендоскоп повністю занурюють в розчин 2,5% глютарового альдегіду і залишають на 15 - 30 хвилин. Коли дезінфекція проводиться 70 % етиловим спиртом чи гібітаном, то спочатку поверхня ендоскопу тричі протирається відповідним дезінфектантом, а потім дезінфектантом наповнюють внутрішній канал і залишають на 30 хвилин.

За Рамковою Н.В. /1993/ після дезінфекції ендоскопи потрібно тричі промити в стерильній дистильованій воді, для чого їх занурюють на 5 хвилин в стерильну воду, кожного разу міняючи її.

В різних країнах світу на основі глютарового альдегіду створені дезінфектанти, що мають назви: дезоформ, лізоформін - 3000 - у ФРН, фермігід - у Фінляндії, глудезін - в Угорщині, альдесан у Польщі, сайдекс і спороцидин в США, глутасепт у Франції.

Обробка ендоскопів одним з цих дезінфектантів дає можливість запобігти Інфєкуванню вірусами гепатитів В і С та ВІЛ як пацієнтів, так і медичних працівників.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АБЕРРАНТНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. В. Радченко
г. Киев.

Аберрантная (добавочная) поджелудочная железа, по данным литературы, является редким пороком развития который представляет собой гетеротопию ткани поджелудочной железы в стенку желудка, кишечника, дивертикул Меккеля. Распадагаается, как правило, в подслизистой основе в мышечном или субсерозном слоях в виде полипа или дольчатого уплотнения, микроскопически преобладают железистые элементы, выводные протоки, реже - панкреатические островки. Аберрантная поджелудочная железа является причиной кишечных кровотечений, воспаления и перфорации кишечной стенки, непроходимости кишечника. Заболевание протекает под маской язвенной болезни, полидоза, гастрита, хронического панкреатита, холецистита, аппендицита, злокачественной опухоли желудка « Диагностика аберрантной поджелудочной железы представляет определенные трудности. Целью данной работы является обобщение опыта эндоскопической диагностики аберрантной поджелудочной железы с локализацией ее в желудке, Мы располагаем наблюдениями 17 слу чаев данной патологии сверификацией данными гистологии. Из них 7 женщин и 10 мужчин в возрасте от 20 до 56 лет. Как правило, железа имеет вид конусовидного возвышения слизистой с пупко- образным давлением на верхушке. Размеры образования от 0,8 до 1,2 см, располагается в средней трети антрального отдела желудка по большой кривизне. Чаще всего диагностика аберрантной поджелудочной железы является случайной находкой. У 4-х больных эндоскопическое исследование проводилось целенаправленно т.к. были жалобы характерные для язвенной болезни желудка. 8 бальным проводилось ретроградная панкреатохапангиография для обнаружения каких- либо аномалий протокой поджелудочной железы. У 2-х больных обнаружен добавочный проток поджелудочной железы. Других изменений выявлено не было. Щипцевая биопсия не дает гистологического под -тверждения диагноза аберрантная поджелудочная железа. Только после петлевой биопсии возможна верификация диагноза, что нашло подтверждение у 11 больных.

Таким образом, эндоскопическая диагностика аберрантной поджелудочной железы с локализацией ее в желудке является одним из самых достоверных и доступных методов с использованием петлевой биопсии с обязательной гистологической верификацией.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО, УЛЬТРАЗВУКОВОГО И ТЕРМОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ.

**Л.В. Радченко, Л. Н. Коноваленко, Н.А. Василевская.
г. Киев.**

Введение: Используя в ежегодном комплексном обследовании группы эндоскопического, ультразвукового, термографического методов диагностического исследования, верифицируя диагноз гистологическими и цитологическими результатами пришли к однозначному заключению: вышеуказанные методы являются безвредными, высокоинформативными в диагностике острых и хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, урогенитальной патологии, патологии щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы, а также в диагностике ранних форм онкологических заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: Изучены данные обследований 972 пациентов которым выполнялись фиброгастроскопия, фиброколоноскопия, фибробронхоскопия, ректороманоскопия, ультразвуковое исследование и термография. Из них 964 мужчины в возрасте от 22 до 55 лет и женщины - 8 в возрасте от 38 до 51 года.

ФГС, ФКС, ФБС проводились на аппаратах фирмы " OLYMPUS" Япония. УЗИ на приборах фирмы "Алока" - 260,280 - Япония. Фирмы "SONOACE- 4800" - Южная Корея. /использовались датчики линейные, секторные, конвексные с частотой 3,5 - 5,0 - 7,5 МГц/.

РРС - ректоскоп - РВС-500 "Красногвардеец", термограф "Радуга".

РЕЗУЛЬТАТЫ: Провели сравнительную оценку по выше указанным методам исследований лиц черновыльцев группы и военнослужащих Киевлян /возрастной состав соблюдался/.

Структура заболеваний желудочно-кишечного тракта в сравниваемых группах
Данные ФБС показывают, что у 57% обследованных /12% контрольная группа/ диагностировано диффузные атрофические эндобронхиты, различной степени выраженности.

Результаты гистологических и цитологических исследований биопсионного материала слизистой ЖКТ и трахеобронхиального дерева распределяются следующим образом:

1/ Р- группа - 1.- атрофические поражения
 2.- гиперпластические
 3.- предопухольевые /полипы, тубулярные аденомы, папилотомы/

2/ Контрольная - группа :

- 1.- поверхностные воспалительные изменения.
- 2.- гиперпластические очаговые
3. атрофические

У 83 пациентов - черновыльцев диагностирована гиперплазия щитовидной железы 1 и 2-й степени.

Данные термографических исследований указывают на характерную картину, практически у 92% случаев термограмма оценивалась с обязательным

синдромом " термоампутация кистей", стоп и нижней трети голени, а также своеобразной термографической картиной недостаточности кровообращения по степеням / у 70% лиц- 1 и 2 степень/.

ВЫВОДЫ: Включая эндоскопические, ультразвуковые, термографические методы в перечень обязательных исследований черномыльскай группы больных еще раз доказывает целесообразность подхода т.к. процент выявленной патологии в сравнении с контрольной группой значительно выше. Кроме того позволяет выявить ранние стадии заболевания как неспецифического так и специфического характера, предопухолевых поражений, позволяет избрать тактику лечения, проводить динамический контроль за эффективностью традиционных и нетрадиционных методов лечения.

Опыт работы кабинета бронхоскопии в диагностике бронхо-пульмональной патологии.

Н. К. Ронина, А.А. Цаберябий . г. Днепрпетровск.

В 1994 году в отделении эндоскопии проведено 920 диагностических фибробронхоскопий. Использовался аппарат Olympus BF -20. Уровень осмотра преимущественно бронхи V порядка. Из выявленной патологии чаще всего встречаются воспалительные процессы в бронхах, что составляет около 60 %. Большая доля падает на выявленные опухоли бронхов около 250, что составляет 27% от выявленной патологии. В свою очередь из них в 63% наблюдался эндофитный рост опухоли, в 31% - перибронхиальный рост и в 6% - опухоли были доброкачественного характера.

Из 572 больных с воспалительными заболеваниями бронхов в эндоскопической картине преобладали катаральные изменения в слизистой разной степени с наличием слизисто-гноной мокроты в просвете бронхов. Из них у 124 пациентов этой картине сопутствовала деформация бронхиального дерева разных уровней, что равно 21%. Более интересно, что у 96 больных (17%) эндобронхиты выявились на фоне врожденной аномалии строения бронхиального дерева, что обязывает более детально акцентироваться на бронхиальной архитектонике.

Таким образом, метод фибробронхоскопии является ведущим в диагностике бронхо-пульмональной патологии.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ.

**К.К. Скворцов (молодший), К.К. Скворцов, В.В. Іващенко.
м. Дніпрпетровськ.**

3 листопада 1993 року в клініці проведено 500 лапароскопічних холецистектомій (ЛХ), з них у 52(10,4%) хворих при гострому холециститі (ГХ). 26 оперативних втручань виконано на протязі першої доби, 10 - на протязі 2-01, 8- 3-01, решта- на 4-у добу з моменту захворювання діагноз верифікували клінічно і УЗД; Накопичений досвід ЛХ в лікуванні ГХ показав, що доопераційна підготовка при підтверженому калькульозному ГХ не повинна перевершувати 12 год, з моменту надходження до стаціонару тому, що із збільшенням тривалості захворювання, настає виражена запальна реакція тканин, яка технічно ускладнює операцію. Невипадково, із 5 спостережень (9,6%), у яких виникла необхідність переходу на лапаротомію у зв'язку з вираженою перивезікальною інфільтрацією біля шийки, у 4-х давність захворювання була 3-

4 доби, у одного причина переходу холедохолітіаз. При обґрунтованих підозрах на холедохолітіаз (жовтяниця, холангіт, панкреатит на момент надходження або в анамнезі, розширення гепатикохоледоху, білірубінемія) - виконували операційну халангіографію, у 9 хворих операцію закінчили лалароскопічною холедохостомією. Старечий вік, відключений жовчний міхур, товщина його стінок, інфільтрація біля дна, навкаломіхуреві абоцеси негативно не вплинули на сприятливі наслідки лікування. Летальності не було. Середні строки перебування в стаціонарі склали 4,5 дні, що дає нам право вважати ЛХ методом вибору в лікуванні гострого холециститу.

Применение луча гелий-неонового лазера с использованием гастрофиброскопа для лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

И. Е. Скобенко, С.П. Забара.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки продолжает занимать высокий удельный вес в структуре заболеваемости лиц наиболее трудоспособного возраста. Длительность лечения этой категории больных даже в стационаре составляет около 2 месяцев.

Учитывая данные литературы о применении рассеянного красного цвета и направленного луча гелий-неонового лазера при лечении язв и эрозий слизистой желудка и 12-перстной кишки с хорошим клиническим и экономическим эффектом нами производилась методика применения рассеянного лазерного луча путем стыковки гастрофиброскопа с лазерной установкой. Методика позволяет одномоментно производить диагностическое обследование и лечебную гастроскопию. Проанализировали результаты лечения 95 больных в возрасте 21-55 лет.

Пролечено по категориям:

1. Хронические язвы желудка - 6
2. Острые язвы желудка - 23
3. Язвы луковицы 12-перстной кишки - 63
4. Эрозивный бульбит - 24

Количество сеансов при лечении варьировало от 4 до 12 (в среднем 6 сеансов проводилось через день. Наибольшая эффективность применения лазерного луча отмечалась при обострении язвенной болезни 12-перстной кишки и эрозивном бульбите. Острые язвы желудка зарубцевались во всех случаях и при язве луковицы 12-перстной кишки в 3-х случаях. У 4 больных не отмечались морфологические изменения, хотя отмечался выраженный анальгетический эффект.

Контрольные цитологические и гистологические исследования свидетельствовали о снижении отеочно-воспалительной инфильтрации слизистой, уменьшении признаков атипии клеток слизистой оболочки, рецидивы в сроки 3-4 месяца наблюдались в основном при хронических язвах желудка и 12-перстной кишки. Ремиссия в остальных случаях наблюдалась в сроки от 3 до 18 месяцев. Результаты лечения свидетельствуют, что метод эффективен экономически (в среднем сроки лечения сокращены на 6-10 дней), клинически обладает выраженным анальгетическим эффектом даже после первого сеанса, не дает осложнений, прост в применении.

К ОБОСНОВАНИЮ СОЧЕТАННОЙ МЕТОДИКИ ИГЛО РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ - ПСИХОТЕРАПИИ - ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

**Солодуненко О.Г., Повещенко А.А.
г.Запорожье.**

С целью исключения спастических рефлекторных мышечных реакций со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта и в особенности устья пищевода фиброгастродуоденоскопия проводилась после сеанса с рациональной психотерапией и гипнотерапией.

Иглорефлексотерапия использовалась как по первому, так и по второму варианту тормозного метода, иглами из нержавеющей стали. Использовались точки:

- 4; -36; -42; -45; -6; -13; -14; -15; -17; -22; -21; -10; -18; -20; -21; -21-27; -9-12; 15.

На раковине уха использовали следующие точки: симпатическую, точку Шэнь-Мэнь, точку пищевода и точку коры. Также включалась в процедуру раздражения пучком игл: раздражение общего порядка, шейно-воротниковой области и области грудины, которая проводилась до иглоукалывания.

Иглорефлексотерапию проводили у 29 больных перед проведением фиброгастродуоденоскопии. Эти 29 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки - в возрасте от 30 до 51 года.

Контрольная группа составила 335 больных, где фиброгастродуоденоскопия проводилось без вышеуказанных предварительных методических особенностей.

В контрольной группе (335 наблюдений), где фиброгастродуоденоскопия проводилась без вышеуказанных методических особенностей, осложнения, обусловленные спазмом устья пищевода, наблюдались в 15% наблюдений, тогда как в группе из 29 больных, где фиброгастродуоденоскопия проводилась после сеансов иглорефлексотерапии и психотерапии, ни в одном наблюдении не было вышеуказанных осложнений.

Полученные результаты позволяют считать достаточно обоснованное использование сочетанной методики иглорефлексотерапии и психотерапии перед проведением фиброгастродуоденоскопии для снижения осложнений при ее проведении, обусловленные спазмом устья пищевода.

**КЛІНІКО - МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛІПІВ У ХВОРИХ
ПОЛІПАМИ ШЛУНКОВО - КИШКОВОГО ТРАКТУ НА БУКОВИН
Станков В.Д., Наврата В.М.**

У відділі гастроколоноскопії Чернівецького обласного діагностичного центру за період 1991 - 1995 року виявлено 392 хворих з поліпами, які локалізувались в різних відділах шлунково-кишкового тракту.

Іх діагноз підтверджений при морфологічному і цитологічному дослідженні. Серед загальної маси хворих поліпами жінок було 228 (58,4%), а чоловіків - 163 (41,6%). В віковому аспекті захворювання частіше зустрічалось у людей у віці 60 років і більше (53,3%) і 50-59 років (26%). Переважали пенсіонери (37,2%), робітники і службовці становили 28,3 і 22,5% відповідно. Ретроспективно провокуючих впливів канцерогенів не встановлено. В клінічному аспекті поліпи шлунку виявлялись у хворих з симптоматикою хронічного гастриту, гастродуоденіту з секреторною недостатністю (80,23%). В 43 (16,34%) випадках вони виявлені випадково при ендоскопічному обстеженні хворих з ураженнями сусідніх з шлунком органів. Поліпи кишківника встановлені у переважній частині хворих з тривалими клінічними проявами хронічного дискінетичного коліту (93-76,85%), чи функціональними порушеннями моторної функції товстого відділу кишківника (19-15,70%).

При ендоскопічному і морфологічному дослідженнях виявлено малігнізовані поліпи в 5 (1,3%) хворих, із них в шлунку в 2 (0,51%) хворих, в

прямий кишківник в 1 (0,25%), і в сигмовидній в 2 (0,51%) хворих. По морфологічній характеристиці найчастіше виявлялись залозисті поліпи (82,65%), гіперпластичні поліпи зустрічались в 13% випадків, найменшу кількість становили проліферуючі і фіброзні поліпи (1,8 і 1% відповідно). Крім того, слід відзначити, що найбільша кількість хворих з поліпами проживають в м.Чернівцях (62,5%), менше в Кіцманському і Глибоцькому районах (7,14 і 5,1% відповідно), найменше в Сокирянському (1,28%) і Путильському (0,77%) районах.

Враховуючи екологічну обстановку на Буковині, особливості вікового ураження обстежуваного контингенту, хворим з поліпозними змінами шлунково-кишкового тракту необхідне не тільки дворазове ендоскопічне обстеження на протязі року, але й антибластомна фітотерапія.

ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ В. Л. Станков. м. Чернівці.

Впровадження ендоскопії в клінічну практику дозволяє використовувати її не тільки для діагностики захворювань, але й лікування хворих.

Лікувальна ендоскопія використовувалась нами у 156 хворих. Лікування проводилось хворим виразковою хворобою шлунка і 12 палої кишки, а також ерозивним гастродуоденітом.

Методики лікування були різними. Хворим з гострими виразками шлунка і ДПК проводились через тонкий катетер аплікації маслом обліпихи і шипшини. Деяким хворим з такою ж патологією проводилось комбіноване лікування з сеансами КВЧ-терапії. Хворих з гострою виразкою ДПК було 53 (34%), з гострою виразкою шлунка - 1 (0,7%) хворих. У всіх хворих гострі виразки повністю епітелізувались або зарубцювались і тільки в 12 (8%) хворих ендоскопічне лікування припинено в фазі рубцювання виразки.

Хворим з хронічними виразками шлунка і 12 палої кишки проводилось, крім аплікації рослинними маслами і КВЧ-терапії, обколювання хронічних виразок солкосерілом, актовегіном і даларгіном. Хворих з хронічними виразками ДПК було 88 (57%), з хронічними виразками шлунка - 8 (5%). В 43 (28%) хворих з хронічною виразкою ДПК 12 (1,4%) хворих з хронічною виразкою шлунка - виразки повністю епітелізувались. В 30 (20%) випадках хронічної виразки ДПК 13 (2,1%) випадках хронічної виразки повністю зарубцювались. Тільки в одного хворого з хронічною виразкою ДПК і в одного хворого з хронічною виразкою шлунка ефекта від лікування не було.

Висновок:

Позитивний лікувальний ефект полягав в увірванні після однієї - двох лікувальних ендоскопій больового синдрому, скорочено строків рубцювання виразок ми не проводили, але по даним літератури строки рубцювання виразок скорочувались до 18,9 дня / при комбінованому лікуванні - 17,6 дня/ в порівнянні з традиційним лікуванням /24,2 дня/. Строки перебування в стаціонарі зменшились на 3,3 дня в порівнянні з контролем.

Лікувальна ендоскопія сприяла підвищенню ефективності комплексного лікування хворих з захворюванням органів травлення, що дозволяє рекомендувати її для широкого примінення в клінічній практиці.

Использование бронхоскопии в сочетании с различными лабораторными исследованиями для диагностики заболеваний органов дыхания.

**Т.Д. Терзиева, А.А. Цаберябий
г. Днепропетровск.**

За период работы 1995 года в отделении эндоскопической диагностики ОДЦ проведено 1130 бронхоскопий в специально оборудованном эндоскопическом кабинете с использованием бронхоскопа фирмы Olympus BP - 20. При этом выявлено 928 первичных патологических процессов. Из них 250 случаев рака (27%): а) эндобронхиальных 165 (66%), б) перибронхиальных 85 (34%), "пылевых эндобронхитов" при R-картине силикоза 57 (6%), 8 саркоидозов (0.9%), 10 доброкачественных опухолей трахеобронхиального дерева (1%), 603 эндобронхитов (65%) различной степени воспаления. В связи с чем произведено 100 лечебных бронхоскопий с учетом результатов бакпосевов смывов бронхиального дерева и определение чувствительности патогенной флоры к антибиотикам.

Бронхоальвеолярный лаваж при бронхоскопии расширяет возможности диагностики в иммунологических исследованиях, в частности определение секреторного иммуноглобулина (SigA), что характеризует состояние местного иммунитета.

Достоверность диагнозов достигается сочетанием бронхоскопии и респираторной диагностики. Например с использованием селективной бронхографии диагностировано 8 случаев бронхоэктатической болезни и 3 случая дренированных абсцессов легкого. В диагностике периферических образований легкого применяли прицельную катетер биопсию, что позволило верифицировать 15 случаев периферических раков легкого.

Несмотря на достижение науки и технического оснащения в медицине, бронхоскопия является вечно актуальным и одним из самых информативных методов исследования в диагностике заболеваний бронхо-легочной системы.

Диагностика полипов желудка с использованием эндоскопических, цитогенетических, электронно-микроскопических и микробиологических методов исследования,

**А.В.Тофан, С.И. Чубченко, И.Б.Сорокулова.
г. Киев.**

Больные с полипами желудка относятся к группе повышенного риска и нуждаются в углубленных исследованиях.

После тщательного визуального изучения микроскопической картины полипов и прицельного получения желудочного содержимого для бактериологического анализа, производилась множественная биопсия с целью гистологического, цитогенетического исследований, а так же для изучения ультраструктуры полипов,

Сравнительные цитогенетические исследования аденоматозных полипов и рака желудка позволили выявить как различие так и некоторое сходство митотического режима и патологии хромосомного набора. Констатировано, что в гиподиплоидных клетках уменьшение хромосом наступало чаще всего в группе А и С. Характерно исчезновение хромосом из группы С и половых хромосом, характерны маркеры в виде длинных субметацентриков. Обнаружены разнообразные структурные aberrации хромосом. Следует отметить, что в полипах уровень патологии митозов и процент клеток с измененным кариотипом меньше, хотя существо повреждения наследственного аппарата такое же как и при раке.

При электронномикроскопическом изучении аденоматозных полипов условно выделено 4 типа клеток, образующих эпителиальные структуры полипа. Источником всех клеточных элементов, по-видимому, является тип клеток, представленный молодыми формами, обнаруживающими высокие потенции к росту и дифференцировке. Возможно, этот тип клеток проявляет при определенных условиях способность к опухолевой трансформации, в результате чего полип признается структурой, наиболее близко стоящей к раку.

Исследование особенностей микрофлоры желудка, прицельно полученной с помощью гастроскопа показало, что при полипах высеваемость микроорганизмов составила 83.4%, при чем высеваемая микро флора как в количественном отношении, так и в качественном разнообразии была близка микрофлоре онкологических больных. Большинство выделенных культур проявляли патогенные свойства, характеризовались устойчивостью к широко применяемым в клинике антибиотикам. У здоровых лиц 79,4% посевов были стерильными. Результаты бактериологического исследования крови показали высокую частоту бактериемии у больных с полипами желудка /48%/, что перекликается с высоким удельным весом бактериемии /60% в группе больных со злокачественными новообразованиями желудка.

На основании признаков перестройки наследственного аппарата у внутриядерных структур эпителия полипов представляется возможность судить о начинающейся малигнизации даже при отсутствии морфологических изменений злокачественного роста.

Все вышеизложенное дает возможность выработать наиболее рациональную тактику ведения и лечения больных с полипами желудка обеспечивая профилактику рака,

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.

**П.Д.Фомин, Е.Н.Шепетько, А.В.Заплавский, В.М.Тихоненко, А.В. Игнатов,
В.В.Фесенко, А.А.Ананко
г. Киев**

Современное развитие эндоскопической техники, в частности создание фиброэзофагогастроуденоскопов с волоконной оптикой открыло новую эру не только в диагностике патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, но и в проведении различных эндоскопических лечебных мер на очаг поражения. Особенно неопределима роль эндоскопического исследования у больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями / ОЖКК /.

В Киевском городском центре неотложной помощи больным с ОЖКК с 1982 по 1996 гг. лечилось 13300 пациентов с проявлениями ОЖКК. Для верификации источника кровотечения и проведения различных эндоскопических лечебных мер им было проведено 33824 фиброгастроуденоскопии.

Источником кровотечения были: язвенная болезнь желудка 12-перстной кишки - у 7501 / 56,4% /, эрозивно-геморрагический гастродуоденит - у 2071 /15.6 % /; злокачественные и доброкачественные опухоли - у 1426 / 10,7% /; синдром Меллори-Вейса у 775 /5.8 % /; флебэктазии пищевода и эзофагокардиальной зоны при портальной гипертензии - у 760 /5.9 % /; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточность карлиц, рефлюкс-эзофагит - у 198 /1.5 % / и другие заболевания / болезнь Деллафуа, дивертикулы, прием едкого вещества и др. / у 549 / 4,2 % пациентов.

Эндоскопическое исследование позволяло не только верифицировать источник кровотечения, его локализацию, обширность и характер поражения, но и давать оценку состояния гемостаза в зоне источника кровотечения.

С практической точки зрения мы считаем целесообразным выделять 3 группы больных по состоянию гемостаза в зоне источника геморрагии. I группа - больные с продолжающимся кровотечением - 5-15% /; II группа - больные с нестабильным гемостазом, когда в зоне очага поражения имеется сгусток крови или тромбированный сосуд или несколько сосудов / 25-42%/. III группа - больные со стабильным эндоскопически видимым гемостазом - налет фибрина в зоне наращения / 42-56% /.

При продолжающемся кровотечении осуществляли с помощью различных методик эндоскопические меры гемостаза: диатермокоагуляция, нанесение пленкообразующих полимеров, ферракрилла лактофера, инъекции склерозирующих веществ, которые в 90-98 % случаев давали положительный эффект. Аналогичные меры гемостаза проводили и у больных с нестабильным гемостазом для профилактики рецидива кровотечения.

Большой опыт лечения больных с ОЖКК позволил разработать клинико-эндоскопические критерии лечебной тактики в зависимости от характера заболевания, приведшего к ОЖКК. На основании этих критериев определены показания, сроки проведения и выбор метода оперативных вмешательств. В случаях невозможности выполнения оперативного лечения прибегали к повторным эндоскопическим лечебным мерам, разработаны методики эндоскопической медикаментозной денервации желудка при язвенной болезни. Кроме этого неопределима роль фиброгастроуденоскопии в диагностике и коррекции местных осложнений в раннем послеоперационном периоде после различных видов оперативных вмешательств на верхних отделах желудочно-кишечного тракта.

В целом, благодаря разработанным диагностическим и лечебными эндоскопическим приемам нам удалось снизить общую летальность у больных с ОЖКК до 7,05 %.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

А.А. Цаберабый, Е.Б. Ярошевский, А.Н.Симонов.

г. Днепрпетровск.

В 1994-1995 годах в отделении эндоскопии проведено 11577 диагностических фиброэзофагогастроуденоскопий (ФЭГДС) и 1860 фиброколоноскопий (ФКС). При этом использовались аппараты GIF Q20 и CF 20L фирмы Olympus. В 576 случаях (4,3%) были обнаружены полипы. Проведено 426 полипэктомий (электрохирургическое устройство Olympus UES-2). Это составило 73,9% от числа выявленных полипов, из них: в желудке петлевых электроэксцизий - 84, диатермокоагуляций - 149, в толстом кишечнике - 102 и 91 соответственно.

Петлевой электроэксцизии подлежали полипы II-IV типов (по классификации T.Yamada) от 5 мм до 30 мм диаметром. Диатермокоагуляция проводилась при наличии полипов I-II типов размерами от 4 мм до 15 мм, причем при величине полипа более 10 мм в 2-3 этапа. Перед полипэктомией проводилось обязательное определение состояния свертывающей системы крови, сахара крови, ЭКГ. Больные с крупными полипами (диаметром 10 мм и более) госпитализировались в стационар и находились под наблюдением после операции в течение 3-7 дней. Остальным полипэктомия производилась амбулаторно.

В 4 случаях (0,9%) возникли ранние осложнения в виде кровотечения из ложа или ножки, удаленного полипа: у 2 больных (0,8%) после удаления полипов желудка и у 2 (1%) - после полпэктомии в толстом кишечнике. Это

меньше, чем по данным литературы (Савельев В.С. и др.1975; Frumogen P.Demling L.,1979). Все полипы были IV типа диаметром свыше 10 мм. Кровотечение из ножки удаленного полипа в 1 случае удалось остановить эндоскопически. Остальным больным кровотечение остановлено консервативными методами. Других осложнений полипэктомии мы не наблюдали.

Наш опыт полипэктомий показывает, что небольшие полипы желудка и толстого кишечника могут удаляться амбулаторно. Удаление зрелых полипов размером свыше 10 мм необходимо проводить в стационаре наблюдая больных в течение 3-7 дней после операции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТО-ХОЛАНГИОГРАФИИ

А.А. Цаберабый, А.Н. Симонов, Е.Б. Ярошевский. г. Днепрпетровска.

Нами накоплен трехлетний опыт применения эндоскопической ретроградной панкреато-холангиографии (ЭРПХГ). Исследования проводились при помощи эндоскопических аппаратов JF-Ю, JF-IT20 фирмы Olympus и рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем ТИК D 800-4.

Исследования в основном проводились для определения характера желтухи и уровня препятствия при механической желтухе. Было обследовано 500 пациентов. 314 женщины, 186 мужчин. Материал на гистологическое исследование брался в 34 случаях. Совпадение эндоскопического и морфологического заключения наблюдалось в 70.6%.

В 20 случаях (4%) нам не удалось катетеризировать Фатеров сосок. Это в основном было связано с проведенными ранее операциями на желудке, нахождением Фатерова соска в дивертикуле.

В 45 случаях (9%) нам не удалось контрастировать общий желчный проток. Что связано с отсутствием патологии в протоковой системе пече ни и недостаточным опытом врача эндоскописта. За последний год % неудачной катетеризации холедоха снизился и составил 6%. После проведения ЭРПХГ осложнений не было. Онкопатология была обнаружена у 98 пациентов. В 144 случаях был обнаружен холедохолитиаз. Не выявлено патологии у 179 пациентов. Это связано с обследованием больных перед лапароскопической холецистэктомией.

Таким образом, ЭРПХГ является ценным диагностическим методом позволяющим установить природу желтухи, причину холестаза. Успех проведения ЭРПХГ зависит от квалификации врача, анатомических особенностей и технического уровня аппаратуры.

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ БРОНХОФІБРОСКОПІ У ХВОРИХ АБСЦЕСАМИ ЛЕГЕНЬ.

**Б.П. Шаталюк, П.А. Стрілець, Ф.П. Міщенко, О.І. Мукомела, Ю.В. Келарь.
м. Хмельницьк.**

В процесі лікування хворих з абсцесами легень, діагностична та лікувальна бронхофіброскопія займає одне з провідних місць в комплексному лікуванні цієї патології. Частота проведення бронхофіброскопій залежить від цілей даного методу.

Ми при виконанні бронхофіброскопій хворим абсцесами легень ставимо наступні цілі:

- а встановити ступінь та поширення загального процесу слизової бронхів;
- б виявити наявність і характер бронхального дерева;
- в забрати матеріал для патологічного та мікро біологічного дослідження;

г проведення аспірації бронхіального вмісту та введення лікарських речовин які безпосередньо впливають на мікрофлору бронхів і розрідження мокроти.

Нами обстежено 106 хворих, які хворіли абсцесами легень.

З них:

- солітарними абсцесами 54
- гангренозними 17
- численними 35

Так, в процесі обстежень виявлено, що дифузний ендобронхіт у хворих солітарним абсцесом зустрічається у 8 (14,8%) випадках, гангренозним в 6(34,1%) і численними в 8(14,8%).

Частково - дифузний ендобронхіт у хворих солітарними абсцесами зустрічається у 8 (14,8%), а у хворих численними абсцесами в 5 (13,8%).

При гангренозних абсцесах дана форма ендобронхіту не виявлена. Різко обмежений ендобронхіт спостерігається при солітарних абсцесах у 22 (51,2%) випадках, при гангренозних - 1 (5,2%); численних - 15 (41,6%).

Таким чином найбільш виражене запалення слизової бронхів у хворих гангренозними абсцесами, і воно носить дифузний характер, а в хворих солітарними абсцесами - обмежений характер.

Виходячи з вищесказаного рахуємо, що як запальний процес в паренхімі легень викликає зміни слизової бронхів, так і ендобронхіт рівною мірою сприяє протіканню абсцесу легень.

При виборі способу санації доцільно враховувати ступінь і поширення запалення слизової бронхів, наявність і кількість вмісту в бронхах.

Ми дотримуємось тактики на приміненні санаційних бронхофіброскопій у хворих дифузним враженням слизової, при наявності значної кількості харкотиння, так як бронхофіброскопії дозволяють не тільки ціленаправлено вводити лікарські речовини, але виконувати під контролем зору санацію бронхіального дерева.

ВИКОРИСТАННЯ ФІБРОБРОНХОСКОПІІ З МЕТОЮ ВИВЧЕННЯ ДОБОВИХ БІОРИТМІВ ОПУХОВИХ КЛІТИН З ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ ПЕРЕД ПРОМЕНЕВИМ ЛІКУВАННЯМ

Шевченко А.І.

м.Запоріжжя

Відомо , що ракові клітини , які знаходяться у фазі мітозу , майже вдсятеро чутливіші до променевої терапії ніж ті , що знаходяться у фазі синтезу хромосом.

Хворим на центральний рак легенів , що підлягали променевому лікуванню , тричі на добу , а саме о 7 , 12 та 18 годині виконували фібробронхоскопію з біопсією з метою не тільки морфологічного підтвердження діагнозу , а й визначення мітотичної активності ракових клітин . З кожного шматочка пухлини готували 3 - 4 мазка і підраховували середню арифметичну кількість клітин у фазі мітозу. Одержані дані наведені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Гістологічна форма раку	Кількість досліджень	Кількість клітин у фазі мітозу (%)		
		о 7-й годині	о 12-й годині	о 18-й годині
Плоскоклітинний рак	48	12,0 ± 1,2	5,4 ± 1,7	3,4 ± 0,5
Дрібноклітинний рак	23	12,2 ± 0,8 1,3	14,0 ± 0,6	12,5 ±

З наведених даних видно, що найвища кількість клітин у фазі мітозу спостерігається у ранкові часи у хворих на плоскоклітинний рак. Різниця між кількістю клітин у ранкові часи і о другій половині дня статистично достовірна ($p < 0,001$).

Підрахунки кількості клітин у фазі мітозу у пухлинах хворих на дрібноклітинний рак показали, що мітотична активність цих пухлин є майже однаково високою на протязі дня. Цей факт пояснює те, що у більшості хворих з цією гістологічною формою позитивні результати променевого лікування можуть бути досягнуті незалежно від часу опромінення.

Одержані дані, щодо добового біоритму пухлин у хворих на рак легенів стали основою для зміни часу опромінення в залежності від мітотичної активності раку легенів. Так, хворі на плоскоклітинний рак почали одержувати променеву терапію середніми фракціями у ранкові часи.

Аналіз безпосередніх результатів променевого лікування 168 хворих на рак легенів показав, що кількість позитивних результатів була більшою серед групи пацієнтів, які одержували опромінення у ранкові часи, ніж у тих, хто опромінювався о другій половині дня. Так, у першій групі з 78 чоловік повна регресія пухлини констатована рентгенологічно у 42,3% хворих, часткова регресія (на 50% і більше) - у 32,1%. У другій групі ці показники становили відповідно 33,3%, та 27,8% ($p < 0,05$).

Таблиця 2

Гістолог. форма раку	Кількість хворих	ЧАСИ ОПРОМІНЕННЯ					
		1 половина дня (78 чол.)			2 половина дня (90 чол.)		
		пр	чр	ве	пр	чр	ве
		число%	число%	число%	число%	число%	число%
Плоскоклітинний	112	23	15	14	19	15	26
		44,2%	28,8%	27,0%	31,7%	25,0%	43,3%
Дрібноклітинний	56	10	10	6	11	10	9
		38,4%	38,4%	23,2%	36,7%	33,3%	30,0%
Всього :	168	33	25	20	30	25	35
		42,3%	32,1%	25,6%	33,3%	27,8%	38,9%

ПР - повна регресія, ЧР - часткова, ВЕ - відсутність ефекту.

ВИСНОВКИ :

1. Різні за гістологічною будовою пухлини легенів мають свій добовий біоритм митотичної активності опухових клітин.
2. Променева терапія у хворих на рак легенів з урахуванням біоритмів опухових клітин достовірно підвищує кількість позитивних результатів лікування.

К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРНОВЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ.

**Д.М.Якименко, Ю.А.Собчук, А.А.Гасанов.
г.Киев.**

Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы обусловлены сочетанием значительного числа факторов, неблагоприятно воздействующих на организм человека. Среди них основным является фактор радиационного внешнего и внутреннего облучения как участников ликвидации аварии, так и жителей эвакуированных и до настоящего времени проживавших на радиоактивно зараженной территории.

Ранее проведенные экспериментальные исследования и клинические наблюдения свидетельствуют, что при больших дозах облучения, вызывавших острую лучевую болезнь с большей или меньшей степенью выраженности развивается желудочно-кишечный синдром, обусловленный прямым или опосредованным действием ионизирующего излучения. Однако, при дозах облучения, которые не вызывают развития острой лучевой болезни характер и степень выраженности изменений органов пищеварительной системы во многих аспектах оставались и остаются до настоящего времени не изученными.

В то же время, учитывая, что желудочно-кишечный тракт является основными воротами поступления радионуклеидов в организме человека и обладает высокой радиочувствительностью, изучение состояния пищеварительной системы у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения при ликвидации последствий аварии на ЧАЭС было признано приоритетным как имеющее важное значение и в научном, и в практическом отношениях.

Со времени открытия клиники НЦРМ АМН Украины основным методом исследования состояния желудочно-кишечного тракта является эзофагогастродуоденоскопия, что позволяет с высокой степенью точности верифицировать диагностику заболеваний, дать характеристику изменений слизистой оболочки пищеварительного тракта в различные периоды после ионизирующего облучения, произвести забор биопсионного материала для последующих гистологических, морфологических иммунологических исследований, провести наблюдение динамики развития патологических изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и кишечника, при этом учитывалась и целесообразность проведения у этого контингента населения рентгенологических исследований.

До настоящего времени осуществлено эндоскопическое исследование более чем у 21 тысячи человек (участники ликвидации последствий аварии, жители эвакуированные из территорий с высоким радиоактивным загрязнением, работавшие и проживавшие в 30-километровой зоне, сотрудники Чернобыльской и других атомных электростанций). Осложнений при проведении этих исследований не наблюдалось. Среди особенностей проведения эндоскопического исследования характерным является повышенный рвотный рефлекс, спазмы гортани, желудка, усиленная перистальтика желудка и двенадцатиперстной кишки, значительное количество заболеваний других органов и систем, что диктует необходимость проведения премедикации.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что в ближайший период после воздействия ионизирующего излучения (в течение 1-1,5 лет) наиболее частой патологией являлся хронический гастродуоденит - 47,76% случаев и рефлюкс-эзофагит - 26,11%). В последующий период на фоне снижения воспалительных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта был отмечен рост язвенно-эрозивных поражений и в настоящее время они выявляются у трети обследованных. При этом у более чем

15% диагноз язвенной болезни был установлен только с помощью эндоскопического исследования при отсутствии клинических проявлений. Выше сказанное обосновывает широкое проведение эндоскопии желудочно-кишечного тракта у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения и работающих с радиоактивными веществами.

Такой подход, внедренный в поликлинике радиационного регистра НЦРМ АМН Украины (с 1992 года проведено около 7,5 тысячи исследований) позволяет изучить динамику изменений слизистой оболочки, выявлять на ранних этапах развития онкологические заболевания.

Однако, на наш взгляд, необходимо уделить должное внимание эндоскопической классификации изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и протоколу эндоскопического исследования. Унификация документации позволит улучшить преемственность в работе эндоскопистов различных учреждений, улучшит диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта у лиц, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы.

**К ВОПРОСУ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ
HELICOBACTER PYLORI ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Е.Б.Ярошевский, А.А.Цаберябий,
А.Н.Симонов Е.О.Ходжаева, С.Т.Малярעדко
г-Днепропетровск, Украина**

Исходя из современных представлений о роли *Helicobacter pylori* (НР) в этиологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нами при проведении фиброзофагогастроуденоскопии (аппарат QIF 020 фирмы Olympus) в течение 3 лет проводились исследования по обнаружению НР в биопсийном материале. Использовались параллельно два метода: бактериоскопия мазков-отпечатков (окраска по Грому) и уреазный тест (оценивали реакцию Закса, помещая биоптаты в 6% раствор мочевины). Биоптаты получали из измененных участков слизистой антрального отдела желудка и из края язвы. Проведен сравнительный анализ 466 исследований, выполненных в 1995 году. В 364 случаях (78.1%) положительные результаты получены обоими методами. В 9 исследованиях (2,5%) при слабо положительной реакции Закса бактериоскопически наличие НР не подтвердилось. В 3 случаях (0.8%) при обнаружении микроорганизма бактериоскопическим методом реакция Закса оставалась отрицательной.

Таким образом, по нашим данным достоверность уреазного теста составила 97.6%. Учитывая доступность и дешевизну этого метода, уреазный тест может быть рекомендован в качестве основного для обнаружения НР при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ,
ВРАХОВУЮЧИ КАМПЛОБАКТЕРІОЗ**

**П.Д.Космина
м.Луцьк**

Більш 10 років ведеться дискусія на сторінках медичних журналів про роль гелікобактерної інвазії при виразковій хворобі.

Про істинну роль цього мікроорганізму точки над і не поставлені, але те, що інвазія їх сприяє хронізації виразкової хвороби переконлива. Тому нами обстежувались хворі В Х, що хворіють більш трьох років.

Обстежено 30 хворих (середній вік 20-40 років) при загостренні захворювання з наявністю виразкового дефекту слизової 12-палої кишки.

У 26-и виявлено *Helicobacter pylori* у 86,6%.

З цих хворих створено дві групи по 12 чоловік. Перша отримувала, як базисну терапію, препарати вісмуту (де-нол, дігностенум). Друга отримувала Н2 - блокатори (ранітідін, фамотидін) і настій трав, який зарекомендував себе клінічно на протязі багатьох років при лікуванні і як противорецедивний засіб без медикаментів. В склад трав входили рослини з спазмолітичними бактеригідними, імунокорективними властивостями, регулюючи кислотноутворюючу функцію шлунка, покращуючи репаративний процес.

Контроль проводився на четвертому тижні лікування. Виявлено в першій групі :

- рубцювання виразки - 8 пацієнтів (67 %) ;
- наявність Н.р. - 8 пацієнтів (67 %);
- повна елімінація - 33 %;

в другій групі :

- рубцювання виразки - 10 пацієнтів (83 %);
- наявність Н.р. - 7 пацієнтів (58 %).

В другій групі швидше наступала позитивна динаміка, і як правило до двох тижнів хворих нічого не турбувало.

Цей настій трав застосовувався як противорецедивний засіб весною та осінню, незалежно від самопочуття хворого курсом три тижні.

В першій групі противорецедивне лікування пров'одилося препаратами вісмуту.

Кількість рецедивів на протязі року :

- перша - 4
- друга - 2.

ВИСНОВКИ : враховуючи, що останні дослідження відмічають негативну сторону препаратів вісмуту, особливо при довготривалому приміненні (енцефалопатія), висока вартість їх, в деяких випадках непереносимість - певній категорії хворим з В Х можна рекомендувати дану схему.