

Цель работы. Изучение результатов и осложнений трансанальных эндоскопических микрохирургических операций при различных патологиях прямой кишки.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2014 года на базе Одесской областной клинической больницы было проведено сравнительное исследование, включающее 74 пациента которым были выполнены трансанальные эндоскопические микрохирургические операции. При этом у 12 больных до операции был выявлен рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N₀M₀), у 16 пациентов после операции по постоянным гистологическим препаратам была выявлена малигнизация, и у остальных 46 пациентов были доброкачественные опухоли прямой кишки. Средний возраст пациентов составил 69 лет. Показаниями к операции были аденомы и ранние стадии рака прямой кишки. При этом у 4-х больных после первичной операции, при контроле от 6 до 12 месяцев, образовывались новые полипы, которые также были удалены с использованием ТЭМ операций. Рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1-2N₀M₀, I стадия) был выявлен у 29 пациентов.

Результаты. Средняя длительность операции составила 60 минут (от 15 до 240 мин.). Конверсия была выполнена у 1 пациента из-за перфорации прямой кишки. Дефект

слизистой удалось восстановить в 27 случаях после полной резекции опухоли. В послеоперационном периоде у 8 пациентов было кровотечение из послеоперационной раны прямой кишки. У 3 пациентов было нагноение послеоперационной раны. При гистологическом исследовании из 74 аденом, малигнизация в высоко дифференцированные аденокарциномы выявлена у 3 пациентов, умереннодифференцированные у 29 пациентов, у остальных пациентов были тубуловорсинчатые аденомы. При наблюдении в сроки от 12 до 60 месяцев было диагностировано 5 случаев рецидивов аденом и 2 рака прямой кишки. При этом средний диаметр удаленной опухоли составил 5 см (от 3 до 12 см).

У больных с ранним раком прямой кишки после иссечения опухоли обязательно проводили адьювантную лучевую и регионарную химиотерапию. От адьювантной лучевой терапии отказались двое больных, и у них наблюдался рецидив заболевания через 26 и 32 месяца.

Выводы. Операции ТЭМ являются эффективным радикальным методом лечения доброкачественных опухолей прямой кишки и тщательно отобранных небольших T₁ аденокарцином. Данные операции сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений, с сохранением качества жизни больных.

ТРУДНЫЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ. ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Грубник В.В., Герасимов Д.В.

Одесский государственный медицинский университет. Одесская областная больница, г. Одесса, Украина

Вступление. При поступлении больных с холедохолитиазом, холангитом, механической желтухой перед эндоскопистом стоит задача добиться адекватной декомпрессии желчного дерева в кратчайший срок. Однако одномоментное освобождение холедоха не всегда удается: кровоточивость после папиллотомии затрудняет дальнейшие манипуляции, заставляет их отсрочить; большой размер и количество камней; трудности эндоскопического доступа (атипичное расположение Фатерова соска, расположение его в дивертикуле, состояние после резекции желудка по Б-2, стенозирование привратника и постбульбарных отделов); несоответствие размеров конкремента и пути извлечения (структура ниже расположения конкремента, тубулярное стенозирование дистального отдела холедоха); внутрипеченочный литиаз; плохая переносимость пациентом эндоскопии. При вышеуказанных сложностях приходится прибегать к сочетанному применению малоинвазивных методик.

Материалы и методы. Выполнение холангиостомии на первом этапе позволяет устранить желчную гипертензию, снизить уровень желтухи, купировать явления холангита, что ведет к стабилизации состояния больного, позволяет выполнять последующие действия поэтапно и даже в амбулаторном режиме.

Выполненный чрезкожно холангиостомический канал расположен на одной оси с холедохом, обеспечивает свободный доступ ко всем его отделам. Через широкий холангиостомический канал, возможно, введение мощных инструментов для литотрипсии, манипуляции и захват конкрементов возможны даже при плотном обхвате камня конкремента стенками холедоха, плотном заполнении конкрементами просвета. Между сеансами литотрипсии в холедох устанавливался наружно-внутренний стент 15 Fr. Наружный конец стента закрывался пробкой, несколько раз в день производилось промывание холедоха от детрита и фрагментов. Интервал между сессиями литотрипсии составлял от двух дней до двух недель. Фрагменты подходящего диаметра извлекали эндоскопически корзинкой Дормиа после предшествующей папиллотомии. При невозможности эндоскопического доступа, стриктурах, тубулярном стенозе — после баллонной дилатации дистальных отделов, низводили в кишку с помощью баллона, введенного через катетер достаточной жесткости.

Для полного устранения конкрементов потребовалось от двух до четырех сессий литотрипсии с последующим извлечением фрагментов и вымыванием детрита через наружно-внутренний стент. При констатации полного устранения конкрементов, нормализации пассажа желчи в кишку — стент извлекали. После дилатации рубцовой стриктуры, тубулярного стеноза — стент оставляли на срок 0,5-1 год.

Результаты. Сочетанные малоинвазивные вмешательства мы выполнили у 63 больных с холедохолитиазом. Среди больных преобладали женщины, возраст больных был от 38 до 87 лет, средний возраст составил 67,7±6,5 лет. Из 63 больных у 39 ранее была выполнена холецистэктомия. У 15 пациентов была интраоперационная травма желчных протоков с формированием рубцовых стриктур. 7 пациентов ранее перенесли реконструктивные операции по поводу травмы желчных протоков с последующим ретензионным. У 14 пациентов на фоне рубцовых стриктур и сужений внепеченочных желчных протоков имелись конкременты во внутрипеченочных желчных протоках.

Чрезкожные вмешательства удалось произвести у всех 63 пациентов. Для удаления конкрементов у 43 пациентов выполнялась механическая литотрипсия антеградно. У всех кроме 2 больных с рубцовыми стриктурами удалось произвести дилатацию и стентирование места сужения. У 9 пациентов после стабилизации состояния успешно произвели холецистэктомию и удаление конкрементов из холедоха. У 52 больных благодаря использованию комбинированных малоинвазивных методик удалось полностью удалить все конкременты из желчных протоков и ликвидировать механическую желтуху. 2 пациента умерли от прогрессирующей печеночной недостаточности, несмотря на адекватное дренирование. Осложнения возникли у 4 из 53 больных: у 2 — подтекание желчи в брюшную полость, у 2 наблюдалась гемобилия. Все осложнения были купированы консервативными мероприятиями.

Выводы. Комбинированные малоинвазивные вмешательства создают возможности для оказания помощи больным с холедохолитиазом, являющимся функционально неоперабельными при трудностях традиционного эндоскопического вмешательства, являются высокоэффективными и достаточно безопасными методиками.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРКАСНАЯ НЕНАТЯЖНАЯ ПЛАСТИКА ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НОВЫМ СЕТЧАТЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Грубник В.В., Малиновский А.В., Каташинский О.Ю.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Вступление. Частота рецидивов после существующих на сегодня методик аллопластики гигантских (с площадью пищеводного отверстия диафрагмы (ППОД) более 20 см²) грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) достигает 40%.

Цель работы. Изучение среднесрочных результатов пластики гигантских грыж с помощью нового трансплантата, основанного на принципе каркасной ненатяжной пластики.

Материалы и методы. С ноября 2010 по февраль 2013 гг. по новой методике было прооперировано 44 пациента с гигантскими ГПОД II, III и IV типов. Средняя ППОД составила 37,5±15,6 (21,7-75,4) см² (рис. 1). Трансплантат *Rebound HRD-Hiatus hernia* представляет собой облегченную ПТФЭ сетку треугольной формы с вырезкой для пищевода (в форме сердца) размером 5,5×6,0 или 4,5×5,5 см, натянутую на нитиновый каркас с памятью формы (рис. 2). Он фиксировался к краям пищеводного отверстия диафрагмы позади пищевода 3-5 узловыми швами, таким образом обеспечивая реальную ненапряжную пластику (рис. 3). У всех пациентов выполнена фундупликация по Ниссену с фиксацией манжетки к диафрагме таким образом, чтобы избежать прямого контакта трансплантата с пищеводом. Результаты оценивались с помощью 10-балльных визуальных аналоговых шкал, опросника качества жизни *GERD-HRQL*, эндоскопического исследования с оценкой степени рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджелесской классификации, рентгенологического исследования, в т. ч. трехмерной рентгенокопии с помощью аппарата для ангиографии (рис. 4), суточного внутрипищеводного pH-мониторинга с расчетом индекса *DeMeester*.

Результаты. Среднее время постановки трансплантата составило 24,8±5,6 минут (15-35). Интраоперационных осложнений не было. Средний послеоперационный койко-день составил 5,0±1,5 (1-8) дней. Средне-срочные результаты изучены у 27 пациентов в среднем через 14,1±5,0 (6-24) мес. Анализ симптомов по визуальным аналогичным шкалам до и после операции показал достоверное снижение интенсивности изжоги, болей, дисфагии и внепищеводных симптомов. Качество жизни по шкале *GERD-HRQL* достоверно улучшилось. Рефлюкс-эзофагит стадии LA A и B после операции присутствовал только у 2 больных, в то время как перед операцией он отсутствовал лишь у 9% пациентов. Индекс *DeMeester* и время пассажа бария по пищеводу достоверно снизились. При рентгенологическом обследовании истинных анатомических рецидивов не было. Было обнаружено 2 ложных анатомических рецидива. Имело место 2 симптомных и 1 бессимптомных функциональных рецидива. Длительной функциональной дисфагии и стриктур пищевода не было ни в одном случае.

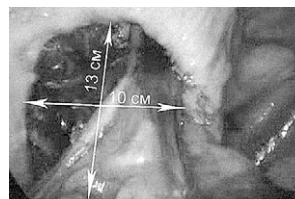


Рис. 1. Грыжевой дефект с ППОД 66 см² до пластики.



Рис. 2. Облегченная ПТФЭ сетка с периферическим нитиновым каркасом.



Рис. 3. Фиксация трансплантата.

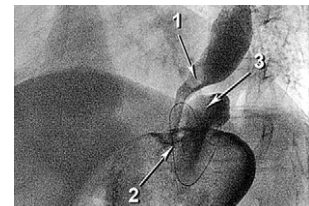


Рис. 4. Оценка анатомических результатов с помощью контрастной 3D-рентгенокопии: 1 — пищевод, 2 — рентгенконтрастный нитиновый каркас трансплантата, расположенный под диафрагмой, 3 — задний участок фундуликационной манжетки, расположенной между трансплантатом и пищеводом.

Заключение. При оценке средне-срочных результатов, новая методика характеризуется отсутствием истинных анатомических рецидивов и пищеводных осложнений, и требует дальнейшей разработки и сравнения со стандартными методиками.