

## ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ СТЕНОЗУЮЧОГО ПАПІЛІТУ

Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Бойко О.Г., Стоколас А.В., Христюк Д.І.

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

**Вступ.** Згідно даних вітчизняної та закордонної літератури, стенозуючий папіліт є причиною болювого синдрому у 12-17% хворих з постхолестектомічним синдромом.

**Матеріали та методи.** Нами проаналізовані результати 976 ендоскопічних папілоскопічних (ЕПСТ), що виконані хворим зі стенозуючим папілітом у відділенні лапароскопічної хірургії та холелітазу в період з 2000 по 2014 роки. Вік хворих становив — від 19 до 89 років. Пацієнтів жіночої статі було 736 (75,4%), чоловіків — 240 (24,6%).

**Результати та їх обговорення.** Для діагностики стенозуючого папіліту користувалися розробленими нами критеріями: рецидивуючі переїмкоподібні болі в правому підребер'ї після перенесеної холецистектомії; епізоди гіпербілірубінемії; підвищення рівня АЛТ, АСТ, та лужної фосфатази; дилатація загальної жовчної протоки (ЗЖП) по даним УЗД та ЕРПХГ > 10 мм; функціонуюча зовнішня жовчна норича, при відсутності органічного стенозу жовчних протоків та холедохолітазу; ендоскопічні ознаки органічних змін великої сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК). В залежності від виявлених нами ендоскопічних ознак ми виділяли 3 найбільш характерні форми стенозуючого папіліту: аденоматозний, псевдотуморозний та дегенеративний. Аденоматозний папіліт мав місце у 620 (63,5%) пацієнтів, при цьому істинну аденому виявили у 38 хворих. Псевдотуморозний папіліт виявлено у 290 (29,7%) пацієнтів. Дегенеративна форма захворювання спостерігалась у 66 (6,8%) випадках. Типову канюльну ЕПСТ виконували у 440 (45,1%) хворих. При складній чи довтогравальній канюляції ВСДК у 536 (54,9%) пацієнтів застосовували атипову ендоскопічну папілотому. Нами проведено суб'єктивну оцінку якості життя пацієнтів (опитувальник SF-36), яка включала параметри медичної реабілітації хворого та тривалість непрацездатності після операції. Стан як відмінний

та хороший оцінили 792 (81%) пацієнтів, ще у 89 (9,1%) хворих стан оцінено як задовільний. У 95 пацієнтів відзначений незадовільний результат, про що свідчили тривалий період реабілітації, втрата працездатності, виражений астеничний та болювий синдром, поява пізніх ускладнень. Це були хворі з пухлинними ретензионами та пацієнти з постхолестектомічним синдромом у яких ЕПСТ виконували за відсутності дилатації жовчних протоків (діаметр ЗЖП менше 8 мм). Специфічні ускладнення після ЕПТВ виникли у 48 (4,9%) хворих. Кровотечу з папілотомної рани спостерігали у 26 (2,6%) випадках. Ендоскопічний гемостаз методом електрокоагуляції проводили у 8 пацієнтів, методом аргоно-плазменної коагуляції — у 10 хворих, ендокліпаванням судини — у 5. Ще у 3 випадках зону папілотомної рани обколювали розчином адреналіну в розведенні 1: 10000. Гострий панкреатит після ЕПТВ мав місце у 22 (2,3%) хворих, та у всіх випадках ліквідовано консервативно. Ретензиона пухлинного генезу спостерігали у 43 (4,4%) хворих в терміні від 6 до 24 місяців після виконання ЕПСТ. Пухлинний процес виявляли при контрольних оглядах зони ЕПСТ, та у випадках самостійного звернення пацієнтів в зв'язку з виникненням обтураційної жовтяниці. У 22 хворих з пухлинами ВСДК в подальшому виконали радикальне оперативне втручання, у 7 — білодігестивні анастомози, та у 14 пацієнтів в зв'язку з дисемінацією пухлинного процесу — ендоблітарне нітінолове стентування. Детальних випадків після ендоскопічного лікування хворих з стенозуючим папілітом не було.

**Висновки.** Рання атипова папілотомія — «золотим стандартом» в лікуванні стенозуючого папіліту та дозволяє в більшості випадків завершити ендоскопічну операцію в один етап при мінімальній кількості ускладнень.

## НАБЛЮДЕНИЕ ЛИТОЛИТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОКА-КОЛЫ ПРИ СИНДРОМЕ БУВЕРЕ

Новохатний П.В., Кичангин Е.В.

КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», г. Запорожье, Украина

**Введение.** Кишечная непроходимость, вызванная желчным камнем, встречается у 0,2-0,6% больных, страдающих доброкачественными заболеваниями желчных путей. Пилородуоденальная окклюзия, или синдром Бувере, развивается при ущемлении камня в области привратника или двенадцатиперстной кишки (ДПК). Мы хотим привести наблюдение, когда желчный конкремент в ДПК был принят за безоар и подвергнут специфическому воздействию. В специализированных изданиях имеются многочисленные публикации о результатах успешного использования брендового напитка Кока-кола для растворения безоаров.

**Цель работы.** Описать казуистическое наблюдение воздействия Кока-колы на желчный конкремент при редком осложнении желчнокаменной болезни.

**Материалы и методы.** Больная Л., 64 лет обратилась самостоятельно 14.04.2012 года с жалобами на дискомфорт в эпигастрии, потерю аппетита, снижение массы тела, ухудшение общего самочувствия на протяжении последних 3 месяцев. Объективно: пожилая женщина повышенного питания, общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и склеры обычной окраски, тургор тканей снижен, кардиореспираторных нарушений нет. Выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) эндоскопом Olympus GIF-Q150: желудок обычных размеров, рельеф слизистой не нарушен, привратник проходим; луковица ДПК туго заполнена плотным инородным телом грязно-коричневого цвета с неровной поверхностью; провести эндоскоп за луковицу невозможно. Находка расценена как безоар неизвестного состава. Попытки фрагментировать, захватить инородное тело при помощи эндоскопических инструментов (петля Olympus SD-9U-1, корзинка Olympus FG-17K-1) безуспешны. Пациентке рекомендовано принимать ежедневно по 1-1,5 л Кока-колы небольшими порциями и явиться на повторный осмотр через неделю. При ЭГДС 19.04.2012 года — инородное тело уменьшилось, частично обнажились стенки проксимального отдела луковицы ДПК. Для разрушения инородного тела в него инъецировалась Кока-кола иглой Olympus NM-200U-0425-A на глубину 2-3 мм.

**Результаты.** На третьей неделе от начала вышеописанных процедур больная почувствовала облегчение. ЭГДС 26.04.2012 года установила проходимость ДПК; на передней полукривизне луковицы ДПК визуализирован свищ диаметром до 2,5 см, ведущий к



Рис. 1. Билодигестивный свищ.



Рис. 2. Удаленный конкремент.

ветвистым трубчатым структурам (рис. 1). 03.05.2012 года состояние больной резко ухудшилось, с явлениями тонкокишечной непроходимости она была госпитализирована в хирургическое отделение (история болезни №7670/583). После предоперационной подготовки выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в подчелючном пространстве выявлен массивный спаянный процесс, тощая кишка в 100 см от связки Трейтца содержит конкремент (рис. 2). Проведена энтеротомия, устранение непроходимости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии 17.05.2012 года.

**Заключение.** Таким образом, эндоскопическая диагностика синдрома Бувере возможна без визуализации билодигестивного свища. Желчные конкременты, мигрировавшие в просвет желудочно-кишечного тракта, требуют удаления или разрушения. Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует определенную литолитическую активность Кока-колы.

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КАПСУЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ТОНКОГО КИШКІВНИКА

Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В.\* , Задорожній С.П., Тараненко А.О., Злобень С.О., Лященко М.М., Плем'яник С.В., Шетелинець У.І.\* , Носс А.Дж., Мурга П.Ю.

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня. \*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Вступ.** Впровадження капсульної ендоскопії в клінічну практику спричинило підвищений інтерес до патології тонкого кишківника. Капсульна ендоскопія — один з перших методів діагностики прихованих шлунково-кишкових кровотеч, пухлин тонкого кишківника, хвороби Крона. У даній статті висвітлено акумульований досвід застосування даної методики на базі відділення проктології Київської обласної клінічної лікарні.

**Мета.** Показати результати комплексної діагностики патології тонкого кишківника. **Матеріали та методи.** Дослідження проводилося із застосуванням капсульної системи ОМОМ. Підготовка до обстеження включала дотримання безшлакової дієти протягом 2 днів, фортранс по схемі — 1 пакет за 2 дні до обстеження та 4 пакети напередодні, умови проведення були відсутність ознак кишкової непрохідності та доведених фістул ШКТ. У пацієнтів з активною кровотечею спеціальна підготовка не застосовувалась. За період з травня 2011 по березень 2014 року у відділенні проктології було обстежено 280 пацієнтів віком від 16 до 83 років (середній вік 44,5 року), з них 142 жінки, 138 чоловіків.

**Результати та їх обговорення.** Перед дослідженням у всіх пацієнтів встановлено відсутність протипоказів до обстеження. Якість очисти тонкого кишківника та візуалізації слизової була задовільною у всіх пацієнтів. У всіх пацієнтів капсула досягла товстої кишки та вийшла природним шляхом. Серед них було діагностовано: шляхом біопсії візуально незміненої слизової термінального відділу здухвинної кишки гістологічно верифіковано хворобу Крона у 54 випадках (19,2%), призначено курс базисної терапії. У жодного з цих пацієнтів не було рецидиву за період спостереження. Найцікавіші знахідки виявлено у пацієнтів, обстежуваних з приводу тонко кишкової кровотечі. У 1 пацієнтки з повторним епізодом ШКК на фоні тривалого прийому нестероїдних протизапальних

препаратів при ВКЕ виявлено виразку порожньої кишки з ознаками підтікання крові в момент обстеження. У 1 пацієнта виявлено виразку ентеро-ентероанастомозу. У 1 пацієнтки виявлено синдром Рендію-Ослера-Вебера — множинні телеангіектазії з активною кровотечею на момент обстеження. У 1 пацієнтки з раком яєчників джерелом кровотечі були множинні метастатичні ураження тонкого кишківника. У 1 пацієнта було попередньо виявлено синдром Пейтца-Егерса, діаметр виявлених гамартозів досягав 2 см, однак без порушення прохідності тонкого кишківника. У 2 (0,7%) пацієнтів причиною кровотечі стала целаїка. У 6 пацієнтів (2,1%) виявлено судинні аномалії тонкого кишківника. Також встановлено 1 випадок тонкокишкової кровотечі на фоні уремічної ентеропатії і 1 на фоні цирозу печінки, причому клінічно значущих змін у верхніх відділах ШКТ в даного пацієнта не було. Також ендоскопічно встановлено діагностично хронічного ерозивного ентериту зі збереженою віячістю (n=69 — 24,64%) та зі зниженою віячістю (n=75 — 26,8%) відповідно. У 42 (15%) пацієнтів виявлено нормальну ендоскопічну картину тонкого кишківника.

### Висновки.

1. Відеокapsульна ендоскопія є ефективною та безпечною методикою комплексної діагностики патології тонкого кишківника.
2. Діагностична цінність методики при тонкокишкових кровотечах значно вища у пацієнтів з рецидивом тонкокишкової кровотечі та при мінімально можливому проміжку між останнім епізодом та дослідженням.
3. Лише після виконання капсульної ендоскопії як завершального етапу діагностики ми маємо право стверджувати, що характер захворювання у конкретного пацієнта є функціональним.