

ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ СТЕНОЗУЮЧОГО ПАПІЛІТУ

Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Бойко О.Г., Стоколос 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 постхолецистектомічним 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 реперіодичні 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 холелітазу; ендоскопічні ознаки органічних змін великої сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК). В залежності від виявлених нами ендоскопічних ознак ми виділили 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 постхолецистектомічним 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. Ретензионами 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 эзофагогастроудоденоскопия (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 подчелюстном пространстве выявлен массивный спайчатый 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 ТОНЬКОГО 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 очиски 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. Відеокапсульна 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.