

ПОЛИП ТОЩЕЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

Важной проблемой хирургической гастроэнтерологии является лечение желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК), источник которых невозможно установить при использовании общепринятых методов диагностики. Одним из них является кровотечение из полипов или опухолей тонкой кишки. Применение рентгенологических методов не всегда дает возможность выявить источник кровотечения. В диагностике помогает еюноскопия или капсульная эндоскопия. Однако в большинстве лечебных учреждений Украины эти технологии не доступны и источники кровотечения расположенные в тонкой кишке либо не диагностируются, либо выявляются интраоперационно. Учитывая результаты исследования, полученные Zaman A. и Katon R.M. [1] при выполнении push-энтероскопии, в которой они показали, что большая часть повреждений выявленных при энтероскопии достижима при осмотре стандартными эндоскопами, нами была разработана методика осмотра начальных отделов тощей кишки стандартным гастроскопом. В некоторых случаях эта методика позволяла верифицировать повреждения являвшиеся источниками кровотечения.

Больной Л., 33 лет, доставлен КМК ЛШМД с клинкой ЖКК. В анамнезе 8 ЖКК. В разных лечебных учреждениях неоднократно проводилась ЕГДС, колоноскопия, рентгеноскопия желудка и тонкого кишечника, ирригоскопия. Источник кровотечения выявлен не был. При обследовании: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и слизистый оболочки бледные, АД 100/60 мм рт.ст., пульс 96 в 1 мин. При ректальном обследовании — мелена. Общий анализ крови: эр. — $2,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 86 г/л. Проведены рентгеноскопия, ЕГДС, колоноскопия. Однако источник кровотечения не выявлен. Проведена ЕГДС и осмотр начального отдела тощей кишки аппаратом *Olympus GIF-X10*

у которого была усилена жесткость аппарата металлической струной, введенной в манипуляционный канал. Проведение аппарата по двенадцатиперстной кишке осуществлялось с поэтапным присбориванием ее. Оно осуществлялось за счет фиксации дистальной частью аппарата кишки (с помощью боковых тяг) с последующим подтягиванием и использованием аспирации. В верхней части тощей кишки обнаружено опухолеподобное образование размерами 10*4*4 см, цилиндрической формы, с грубым налетом фибрина и распадом в дистальной части. Слизистая у основания образования гиперемизованная, инфильтрированная. Данных за продолжающее кровотечение нет. После подготовки, была выполнена операция. При ревизии на расстоянии 20 см от связки Трейтца в тощей кишке выявлено опухолеподобное образование мягкой консистенции размерами 10*4*4 см, лимфатические узлы брыжейки и параортальные без изменений. Выполнена резекция 30 см тощей кишки, с анастомозом конец в конец. Гистологическое заключение: железистый полип тощей кишки с участком некроза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан через 7 дней. Контрольный осмотр через 6 месяцев — здоровый. Это наблюдение свидетельствует о возможности проведения осмотра начальных отделов тощей кишки в диагностике источников кровотечения расположенных ниже связки Трейтца.

Литература

1. Zaman A., Katon R.M. (1998) Push enteroscopy for obscure gastrointestinal bleeding yields a high incidence of proximal lesions within reach of a standard endoscope. *Gastrointest. Endosc.* 47; 5: 336-336

ХИРУРГИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Литвин А.И.

Национальный Институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины, Киев

Актуальность

Мининвазивные и органосохраняющие направления являются приоритетными в современной хирургии, но наряду с этим, методы оперативного лечения патологии селезенки далеки от совершенства. Непаразитарные, врожденные и приобретенные кисты селезенки, кистозные опухоли составляют 0,5-2% в структуре всех заболеваний селезенки.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с кистами селезенки путем разработки и внедрения в клиническую практику органосохраняющих оперативных вмешательств с приоритетным использованием мининвазивных технологий.

Материалы и методы

Работа основывается на проспективном и ретроспективном анализе результатов комплексного клинического обследования и хирургического лечения 89 больных с кистозными образованиями селезенки, которые находились на лечении в Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины за период с 1999 по 2010 гг. Возраст больных колебался от 13 до 78 лет, в среднем 39,5±7,4 года.

Первая группа включала 49 (55%) пациентов с кистами селезенки, пролеченные мининвазивными (лапароскопическими и пункционными) методами. Во вторую группу вошли 40 (45%) больных, которым выполнены оперативные вмешательства традиционным (открытым) способом где основным методом лечения была спленэктомия, которая выполнена у 27 (30,3%) больных. В группе пациентов, пролеченных мининвазивными методами отмечено увеличение удельного веса органосохраняющих операций: лапароскопическая парциальная резекция кист выполнена 24 (26,7%) больным, лапароскопическая спленэктомия — 9 (10,1%), лапароскопическая резекция селезенки с кистой — 2 (2,2%); пункционно-дренирующие операции под контролем УЗИ выполнены

14 (15,7%) пациентам. По локализации КС преобладал верхний полюс органа — у 37 (41,6%) больных, реже — в нижнем — у 23 (25,8%), еще реже — в воротах селезенки и центральном сегменте — у 9 (10,1%). У 5 (5,6%) больных отмечали кистозные изменения всей паренхимы селезенки.

Результаты и их обсуждение

Сравнение результатов лечения в группах больных, оперированных открытым и лапароскопическим методом, показало, что лапароскопические вмешательства сопровождались меньшим средним объемом интраоперационной кровопотери (71,5±23,8) мл в сравнении с открытыми — (216±48,1) мл, незначительным увеличением длительности оперативного вмешательства (121,3±22,1) мин; при открытых — (76±14,8) мин, уменьшением числа интраоперационных осложнений — в 1 (2%) случае при открытых — 3 (7,5%); среди послеоперационных осложнений — 1 (2%), при открытых — 4 (10%) и сокращением сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре почти в два раза (послеоперационный койко-день составил 7,8±1,4 дня) при открытых — (14,6±2,3 дня). При морфологическом исследовании в большинстве случаев (43) диагностированы псевдокисты селезенки.

Пункционно-дренирующие методы лечения кист селезенки применяли у 14 (15,7%) пациентов, которым выполнено 32 вмешательства. Длительность госпитализации больных составила 3-12 дней, в среднем 7,7±1,2 дня. Внедрение современных мининвазивных методов и использование новых технологий во время оперативного лечения способствовали сокращению сроков послеоперационной госпитализации в два раза, уменьшению частоты послеоперационных осложнений до 2%. Хирургическая тактика с приоритетным использованием мининвазивных вмешательств привела к увеличению удельного веса органосохраняющих операций с 32,5% (13 больных) до 81,6% (40 больных) во втором периоде исследования.

ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ПУХЛИНАХ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Литвиненко О.М., Дейниченко А.Г., Бойко О.Г.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова, Київ

Вступ

Новоутворення великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) в структурі пухлин шлунково-кишкового тракту становлять 1,5-2,2% випадків [1,2]. Розробка сучасного ендоскопічного устаткування та поява операційних відеодуоденоскопів значно підвищило ефективність та безпеку ендоскопічних транспапільярних втручань, що в свою чергу розширило покази до виконання ендоскопічної папілектомії та ендобілярного стентування при пухлинах великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) [3,4].

Матеріали та методи

Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 165 хворих з пухлинами великого сосочка дванадцятипалої кишки, що знаходились на лікуванні в відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу з 2005 по 2010 р. Серед досліджуваних хворих було 86 (52,1%) жінок та 79 (47,9%) чоловіків. Середній вік хворих становив 58±14 років.

Ендоскопічні втручання виконували в рентгенооперативній за допомогою дуоденоскопів *JF-1T 40*, *TJF-160 VR Olympus*, електрохірургічного блоку *Olympus*, аргонплазмозової коагулятору “*ЗКОНТ 0701*”, торцевих папілосфінктеротомів, ендоскопічних петель, гнучких провідників, пластикових та полімерних стентів *Boston Scientific*, *Olympus* і *Microvasive Endoscopy*.

Результати та їх обговорення

Основною скаргою хворих у 152 (92,1%) випадках була “безболіва” жовтяниця. На втрату ваги тіла вказували 127 (77%) пацієнтів, свербіж шкіри відмічали 135 (81,8%) хворих,

а у 5 (3%) випадках пухлину сосочка виявили як випадкову знахідку при ендоскопічному обстеженні. За допомогою ультразвукового дослідження, комп’ютерної томографії та магнітно-резонансної панкреатикохолангіографії оцінювали розміри пухлини, ступінь її поширення на протоковій системі та інвазію пухлинного процесу в сусідні органи і структури.

Віршальним методом діагностики пухлин ВСДК була дуоденоскопія з прицільною біопсією змінених тканин ампули сосочка та подальшим гістопатологічним дослідженням біоптату. У 82 пацієнтів з інтраампулярним раком біопсію пухлини виконували після атипової діагностичної папілотомії, коли торцевим папілотомом розсікали ампулу сосочка, візуалізували пухлину та виконували біопсію з 3 позицій. Ендоскопічну папілектомію виконали 21 пацієнту з локальними пухлинами ВСДК. У всіх хворих в результаті гістологічного дослідження ендобіопсійного матеріалу верифікували аденому сосочка. Резекцію пухлини виконували за допомогою ендоскопічних петель діаметром 11 та 20 мм (*Boston Scientific*; *Microvasive Endoscopy*). У 6 хворих перед виконанням папілектомії з метою елевачії пухлини над стінкою дванадцятипалої кишки інфільтрували підслизовий шар периампулярної зони розчином адреналіну в ізотонічному хлориді натрію 1:10 000. У 10 пацієнтів з розмірами аденом менше 2 см папілектомію вдалось виконати одноетапно (рис. 1; рис. 2).

У трьох хворих з метою полегшення захвату аденоми діатермічною петлею виконували циркулярне надсічення новоутворення за допомогою торцевого папілотому. Місце резекції ретельно досліджували на предмет резидуальної пухлини та кровотечі. Аденоми розмірами більше 2 см у 11 хворих видаляли фрагментами. Висічений препарат захоплювали петлею чи біопсійними щипцями і видаляли назовні для подальшого стандартного патогістологічного дослідження. Фрагменти пухлини які не вдалось висікти петлею фульгурували аргонплазмозовим коагулятором. Критерієм радикальної резекції вва-

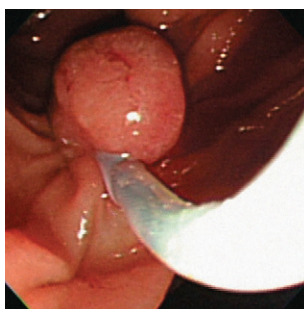


Рис. 1
Ендоскопічна папілєктомія. Етап захвату ВСДК петлею.

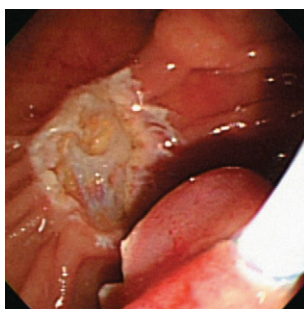


Рис. 2
Ендоскопічна папілєктомія. Етап відсічення ВСДК з пухлиною.

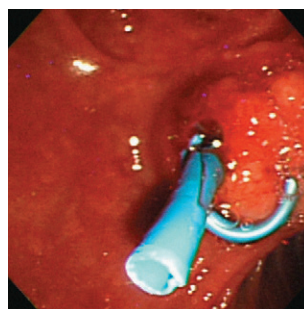


Рис. 3
Ендобіліарне стентування пластиком стентом.



Рис. 4
Ендобіліарне стентування нітіноловим стентом.

жали відсутність видимої резидуальної тканини пухлини в зоні папілєктомії і результати біопсії. Після ендоскопічної папілєктомії з метою оцінки меж внутрішньопроктоково-го поширення пухлини ідентифікували вічка протокових систем та виконували ЕРПХГ.

Показали до виконання ендоскопічної папілєктомії при аденомах ВСДК вважали: розміри пухлини < 3 см; відсутність ендоскопічних ознак злоскісного росту (ерозія пухлини, розпад, кровоточивість новоутворення при інструментальній пальпації, щільна консистенція пухлини); доброякісний характер пухлини за даними попереднього гістопатологічного дослідження; відсутність внутрішньопроктового поширення пухлини за даними ЕРПХГ.

У 7 хворих після папілєктомії виконували ендопанкреатичне стентування. Вважаємо недоцільним стентувати панкреатичну протоку при: вірусногектазії більше 5 мм, *pancreas divisum* та безуспішній канюляції панкреатичної протоки після висічення пухлини.

Ускладнення після папілєктомії виникли у 7 (33,3%) хворих: в 4 випадках кровотеча, в 2 — гострий панкреатит та у 1 — ретродуоденальна перфорація. У 3 пацієнтів кровотечу спостерігали під час виконання ендоскопічної операції, а у 1 — на 2 добу після виконання папілєктомії. Інтраопераційні кровотечі у всіх випадках успішно зупинили ендоскопічно — методом фульгурації використовуючи апарат аргонно-плазмової коагуляції "ЭКОНТ 0701". У 1 пацієнта з масивною кровотечею, що виникла на 2 добу після операції виконували рентгенендоваскулярну оклюзію панкреатодуоденальних артерій. Гострий панкреатит, що мав місце у 1 хворого, купований консервативно. Для лікування ретродуоденальної перфорації був встановлений назогастральний зонд для аспірації, зонд за зв'язку Трейца з метою ентерального харчування, проводилась масивна антибактеріальна терапія, пункція та дренування заочеревинного простору під контролем УЗО. Хворий виписаний в задовільному стані на 14 добу після папілєктомії. Летальних випадків не було.

Псевдонегативні результати біопсії сосочка при аденомах спостерігали у 5 пацієнтів. Стаціонарне гістопатологічне дослідження видаленого препарату виявило високодиференційовану аденокарциному у 3 хворих та низькодиференційовану аденокарциному у 2 пацієнтів. В 1 випадку низькодиференційованої аденокарциноми пацієнту була виконана панкреатодуоденальна резекція. Ще в одному випадку низькодиференційованого раку хворий виконали гепатикоектомію на петлі тонкого кишківника виключеного з пасажу по Ру.

У випадках високодиференційованої Т1 аденокарциноми у 3 хворих після ендоскопічної папілєктомії виконували контрольні огляди через 3, 6 та 12 місяців після операції та далі щорічно. Рецидив захворювання діагностували в 1 випадку через 12 місяців після папілєктомії. Пацієнту виконали панкреатодуоденальну резекцію. Ще в 2 випадках рецидиву захворювання не спостерігали (період спостереження 1,5 та 2 роки). Рецидив захворювання при доброякісному характері новоутворення спостерігали у 2 пацієнтів через 6 та 12 місяців після папілєктомії, що потребувало повторного ендоскопічного втручання. Рецидивні розростання тканини пухлини висікли ендоскопічно петлею та фульгурували аргонноплазмовим коагулятором. Подальших рецидивів захворювання при повторних контрольних оглядах на протязі 3 та 4 років у цих хворих не виявили.

Супрапапілярна холедоходуоденостомія (СПХДС) виконана у 144 хворих. У 113 (78,5%) пацієнтів СПХДС, доповнена у 12 випадках ендобіліарним стентуванням фторопластовими ендопротезами, була першим етапом радикального хірургічного лікування пацієнтів з явищами гнійного холангіту та високої обтураційної жовтяниці. У 31 хворого з неоперабельними пухлинами ВСДК виконували ендобіліарне пластикове стентування з подальшою заміною пластикового стента на полімерний (нітіноловий) через 10-12 днів, що стало заключним етапом хірургічного лікування пацієнтів даної категорії (рис. 3; рис. 4).

Ускладнення у вигляді кровотеч після виконання СПХДС спостерігали у 11 (7,6%) хворих, ретродуоденальна перфорація — у 1 пацієнта. Рання обтурація пластикових стентів спостерігалась у 8 (18,6%) випадках та потребувала заміни ендопротеза чи встановлення додаткового стенту. Проксимальна та дистальна міграції нітінолових стентів відмічені у 4 хворих, що потребувало ендоскопічну корекцію їх розташування. Оптимальним вважаємо встановлення полімерного стенту верхній край якого знаходиться на 3-4 см проксимальніше зони обструкції, а нижній — на 1-1,5 см виступає в порожнину дванадцятипалої кишки.

Віддалені результати полімерного стентування прослідковані у 22 пацієнтів. 4 хворих померли внаслідок прогресування основного захворювання в терміні 4-5 місяців з моменту встановлення стенту. Рецидив жовтяниці та холангіту викликаний оклюзією стенту спостерігали у 11 пацієнтів в терміні 6-8 місяців після стентування, що потребувало рестентування чи ендоскопічну корекцію "stent in stent". В строки 5-12 місяців стенти у 7 хворих функціонують без ознак оклюзії.

Висновки

При доброякісних пухлинах та Т1 аденокарциномі ВСДК ендоскопічна папілєктомія є ефективною та безпечною альтернативою традиційній трансдуоденальній папілєктомії. Показали до виконання ендоскопічної папілєктомії: розміри пухлини < 3 см, відсутність ендоскопічних ознак злоскісного росту, доброякісний характер новоутворення за даними біопсії та відсутність внутрішньопроктового поширення пухлини за даними ЕРПХГ. Ендоскопічна біліарна декомпресія як перший етап хірургічного лікування хворих з пухлинами ВСДК покращує результати радикальних оперативних втручань, а в неоперабельних випадках є ефективним остаточним методом відновлення жовчевідтоку.

Література

1. Мадярчук В.И., Пауткин Ю.Ф., Плавун Н.Ф. (2004) Заболевания большого дуоденального сосочка. (Москва). "Камерон", 168 с.
2. Aiura K., Imaeda H., Kitajima M. et al. (2003) Balloon-catheter-assisted endoscopic snare papillectomy for benign tumors of the major duodenal papilla. *Gastrointest. Endosc.* 57; 6: 743-747
3. Catalano M., Linder J., Chak A. et al. (2004) Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest. Endosc.* 59; 2: 225-232
4. Moon J., Cha S., Cho Y. et al. (2005) Wire-guided endoscopic snare papillectomy for tumors of the major duodenal papilla. *Gastrointest. Endosc.* 61; 3: 461-466

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ничитайло М.Ю., Кондратюк О.П., Хілько Ю.О., Снопко Ю.В.

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

Вступ

Хірургічна інфекція, проблема якої здавалося б була остаточно вирішена ще в кінці ІХІ в першій половині ХХ століття із широким впровадженням у практику асептики та антисептики а також з винайденням антибіотиків, в останні два десятиліття знову набула великого значення в усіх своїх проявах. Зокрема ця тенденція яскраво помітна на прикладі хірургічної панкреатології. Поряд із інфікованим панкреанекрозом, що є найбільш важким проявом панкреатичної інфекції, розвиток гнійно-септичних ускладнень псевдокіст підшлункової залози (ПкПЗ) також призводить до суттєвого підвищення морбідності та летальності у таких пацієнтів і потребує тривалого хірургічного лікування [1].

Смертність при цій патології складає 5-10% і в ряді випадків досягає 60% [2,3]. Не зважаючи на прогрес у фармакотерапії інфекційного процесу, появу нових потужних антибактеріальних засобів, а також вдосконалення устаткування сучасних хірургічних клінік, питання оптимальної діагностики та лікування інфікованих ПкПЗ залишається відкритим.

Сучасна номенклатура інфікованих ПкПЗ

Поняття інфікованої ПкПЗ може розглядатися з двох точок зору: бактеріологічної та клінічної. В першому випадку інфікованою вважається ПкПЗ при бактеріологічному дослідженні вмісту якої виділяються ті чи інші мікроорганізми, в той час як в другому — про інфіковану псевдокіст говорять при наявності у пацієнта клінічних ознак септичного процесу. Ці два поняття не є тотожними, оскільки не завжди при позитивному бактеріологічному дослідженні у пацієнта є симптоматика запалення [4].

Ще одним близьким даній патології поняттям, чітко виділеним в Атлантській класифікації, є панкреатичний абсцес — обмежене накопичення гнійного ексудату, розташоване в безпосередній близькості від підшлункової залози (ПЗ), що може виникати як самостійно, так і на місці ПкПЗ в результаті її інфікування [5].

З морфологічної точки зору інфікована ПкПЗ відрізняється від абсцесу наявністю прозорого вмісту без некротичних мас, проте з біологічної точки зору чітких відмінностей між ними немає. Деякі дослідники вважають, що інфікована ПкПЗ є більш легким проявом перипанкреатичної інфекції і має дещо менший клінічний ризик порівняно з панкреатичним абсцесом [6,7].

Прогнозування нагноєння ПкПЗ

Чітких та вірогідних прогностичних систем на сьогодні в цьому аспекті не розроблено. Однак в клінічній практиці застосовуються ознаки за якими опосередковано можна передбачити розвиток ускладнень ПкПЗ в тому числі й інфікування. До них належать розмір ПкПЗ та час її існування. Загальноприйнятою на сьогодні є думка про те, що ПкПЗ діаметром більше 6 см та з часом персистенції більше 6 тижнів мають низький потенціал до спонтанної інволюції та високу вірогідність розвитку ускладнень в тому числі й інфікування [8-10].

Причини інфікування ПкПЗ

В більшості випадків інфікування є вторинним, після контамінації стерильного вмісту ПкПЗ під час маніпуляцій на її стінці та в ході відкритих оперативних втручань на інших органах черевної порожнини. Однак, у певної категорії хворих пов'язати інфікування ПкПЗ із зовнішніми чинниками достовірно не вдається. В останньому випадку основним джерелом інфікування вважається контамінаований кишечник, мікрофлора якого виділяється у більшості таких пацієнтів (*E. coli*, *Enterobacter*). До процесу, які становлять пряму загрозу інфікування стерильної ПкПЗ відносяться ендоскопічна ретрограда холангіопанкреатографія, ендоскопічне транспапілярне дренування та стентування основного панкреатичного протоку, що створює безпосереднє сполучення між контамінованою кишкою та ПкПЗ, зовнішню пункцію черезшкірне дренування вмісту кісти, рання холецистектомія при гострому панкреатиті біліарного генезу [11-13].