

явлено наличие массивного перипузырного адгезивного процесса. Во время разделения плоскостных сращений наибольшей сложности, из-за выраженной плотности рубцовой ткани, возникли в области локализации свища, в 5 случаях на участке соединения желчного пузыря с нисходящим отделом двенадцатиперстной кишки, в 2 случаях на участке соединения дна желчного пузыря с прядью большого сальника, который укрывал стенку поперечно-ободочной кишки. После отделения желчного пузыря в упомянутых участках, открылся просвет кишки, что было диагностировано по пролабиранию слизистой оболочки. Размер дефекта кишечной стенки находился в пределах от 3 до 10 мм. Кишечные края были захвачены и сведены манипулятором с последующей временной фиксации в таком положении наложением от 2 до 5 клипс. Выполнена холецистэктомия с разделением клипированного пузырного протока и артерии. Желчный пузырь был рубцово сморщенным, представлен в виде плотного соединительнотканного образования с максимальным размером от 5 до 11 см, просвет пузыря соответствовал размерам заполнявших его конкрементов в количестве от 1 до 4, при максимальных их размерах от 15 до 30 мм. В правом подреберье над свищем выполнен доступ в брюшную полость длиной 5 см. Удален из брюшной полости желчный пузырь. Захвачена манипулятором и подведена к ране кишечная петля, несущая свищ. Иссечение свища в пределах не измененной кишечной стенки с последующим ушиванием образовавшегося дефекта размерами от 15 до 30 мм двухрядным швом двенадцатиперстной кишки и трехрядным швом поперечноободочной кишки, в поперечном направлении к продольной оси кишки. Дренирование подпеченочного пространства и ушивание ран. Продолжительность оперативного вмешательства находилась в пределах от 95 до 110 минут.

Результаты и обсуждение

Послеоперационное течение проходило без осложнений. Перистальтика кишечника, по аускультативной оценке, восстанавливалась в первые послеоперационные сутки. Послеоперационный период у анализируемой группы больных отличался от стандартной лапароскопической холецистэктомии несколько более щадящим режимом питания и физическим режимом. Питание начинали с третьих суток. Вставать с постели и ходить больные начинали со вторых послеоперационных суток, что соответствовало срокам перевода из палаты интенсивной терапии, где они задерживались под наблюдением на сутки больше обычного. С первых послеоперационных суток не использовали наркотические обезболивающие средства, заменив их анальгетиками. Дренаж подпеченочного пространства удаляли на 4 сутки. Выписка из стационара осуществлялась на 6 послеоперационные сутки.

Таким образом, дополнение техники стандартной лапароскопической холецистэктомии при диагностировании пузырно-кишечного свища, минилапаротомией с целью обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, позволило сохранить малотравматичность вмешательства, что проследивается при анализе течения послеоперационного периода и сроков выписки пациентов из стационара.

Внутренние свищи желчного пузыря с полыми органами представлены чаще в виде пузырно-дуоденальных фистул (70-80%), т.к. анатомически существует зона контакта указанных органов, что само по себе делает естественным образование адгезивного процесса в этом месте при развитии хронического воспаления в стенке желчного пузыря [4]. Пузырно-поперечноободочные свищи возникают значительно реже (12-22%), так как поперечно-ободочная кишка, в силу некоторого удаления от пузыря, не всегда принимает участие в образовании перипузырного инфильтрата [4]. Формирование свища предусматривает собой длительный многоэтапный процесс, обусловленный прогрессированием хронического воспаления в стенке желчного пузыря при наличии в просвете конкрементов, образующих пролежень в зоне пузырно-кишечной адгезии. Как правило, сформировавшийся свищ сопровождается миграцией желчного конкремента в просвет кишки, что может привести, при значительных размерах камня, к острой обтурационной желчно-каменной кишечной непроходимости [3]. В большинстве же случаев острая хирургическая патология, как правило, не осложняет процесс формирования и функционирования свища, поэтому он не имеет характерных клинических симптомов несмотря на систематическое восходящее инфицирование желчевыводящей системы из кишечного просвета, особенно при соединении с ободочной кишкой [2,4,5]. Но хроническое рецидивирующее течение холецистита как и холангита не является исключительной характеристикой пузырно-кишечного свища. Поэтому, дооперационная диагностика пузырно-кишечного свища основывается на данных полученных при дополни-

тельных методах исследования: УЗС, ЭРХПГ, ДГ, ИГ. К ультразвуковым симптомам пузырно-кишечного свища относится визуализация соустья между просветами обоих органов, что удается получить достаточно редко. Косвенные ультразвуковые признаки проявляются в виде рубцово измененного желчного пузыря, принявшего форму толстостенной трубчатой структуры к которой поднята кишка. Наиболее информативным в дооперационном обследовании является прямое контрастирование свищевого хода получаемое при ЭРХПГ, ДГ, ИГ. Однако, эти методы обследования являются инвазивными и отличаются относительно высокой стоимостью, что не позволяет использовать их в диагностической программе холецистита как скрининговые. Таким образом, выход из сложившейся ситуации находится в отборе больных для проведения указанных исследований по непрямым клиническим и ультразвуковым симптомам. Все же, встречаются случаи, когда даже прямое контрастирование не позволяет получить изображение существующего свища, при его обтурации, узком извитом канале, нарушении проходимости пузырного протока, облитерации просвета желчного пузыря. Эти случаи, как правило, диагностируются субоперационно, но могут остаться незамеченными и привести к развитию послеоперационного перитонита или калового перитонита.

При диагностировании свища, возникает проблема в отношении изменения хода лапароскопической холецистэктомии или более того, возможности выполнения холецистэктомии лапароскопическим доступом потому, что необходимая для обработки кишечной стенки техника лапароскопического кишечного шва, не входит в стандартную лапароскопическую холецистэктомию и поэтому, не может быть выполнена в большинстве клиник. В таких случаях требуется конверсия на лапаротомный доступ для успешного завершения оперативного вмешательства, при таком исходе теряется преимущество лапароскопической холецистэктомии в малотравматичности. Выполнение этапа обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, из минилапаротомного доступа, выполненного в проекции свища, позволяет провести оперативное вмешательство максимально безопасно при минимальной возможной травматичности в сложившейся ситуации, что особенно важно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Выводы

Ультразвуковые симптомы рубцово сморщенного желчного пузыря прилегающего к кишечной петле отмечены в случаях хронического калькулезного холецистита, осложненного пузырно-кишечным желчным свищем. Лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена при наличии пузырно-кишечного желчного свища, осложнившего течение хронического калькулезного холецистита с дополнением минилапаротомного доступа для обработки и ушивания кишечной стенки, несущей свищ, с целью обеспечения безопасности оперативного вмешательства и сохранения минимально возможной травматичности в сложившейся ситуации у пациентов пожилого и старческого возраста. Наиболее рациональным вариантом оперативного вмешательства у больных пожилого и старческого возраста с хроническим калькулезным холециститом, осложненным пузырно-кишечным желчным свищем, может быть лапароскопическая холецистэктомия с разделением пузырно-кишечного соустья и временным закрытием дефекта кишечной стенки клипированием, а затем извлечение желчного пузыря из брюшной полости и обработка кишечной стенки несущей свищ с ее ушиванием, через минилапаротомный доступ, выполненный в проекции свища.

Литература

- Быстров С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О. (2010) Мининвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 10: 34-36
- Гусев А.В., Боронков И.Н., Гусева Е.В., Мартини Ч.Т. (2009) Альтернативные эндовидеоскопические вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 8: 16-19
- Bove A., Bongarzone G., Serafini F.M., Bonomo L., Dragani G. et al. (2004) Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: predictors of conversion to open cholecystectomy and preliminary results. G. Chir. 25: 3: 75-79
- Horwood J., Akbar F., Davis K., Morgan R (2010) Prospective evaluation of a selective approach to cholangiography for suspected common bile duct stones. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 10: 56-57
- Shiozawa S., Kim D.H., Usui T., Tsuchiya A. (2011) Indication of endoscopic retrograde cholangiography by noninvasive predictive factors of common bile duct stones before laparoscopic cholecystectomy: a prospective clinical study. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 21: 1: 28-32

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ

Цаберябий А.А., Ронина Н.Ю., Снежинский С.И.

Областной диагностический центр, Днепропетровск, Украина

Введение

В связи с образованием в 1991 году диагностического центра в его составе было создано эндоскопическое отделение. Для улучшения качества диагностики заболеваний гепатопанкреатодуоденальной области в 1992 году была внедрена методика эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

Материалы и методы

Исследования проводились аппаратами *JF-10*, *JF-1T20 Olympus* и рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем *TUR D 800-4*. ЭРХПГ проводится на базе рентгенотделения, расположенного рядом с эндоскопическим отделением. Больные на обследование направляются из всех лечебных учреждений области. Исследование проводится стационарным больным из других лечебных учреждений, которые доставляются санитарным транспортом в сопровождении медработника. Больные из отдаленных районов области госпитализируются в диагностический центр для проведения ЭРХПГ на 1 сутки.

Контрастирование протоков системы печени и поджелудочной железы проводится любым йодсодержащим водорастворимым контрастом. Контрастное вещество перед исследованием не разводится. Перед исследованием больным измеряется артериальное давление, собирается аллергологический анамнез — переносимость препаратов йода, местных анестетиков. Исследование проводится под местной анестезией — 10% р-р Лидокаина 2 мл.

Начинается исследование в положении больного на левом боку, после введения аппарата в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки в положении на животе. Для выведения Фатерова соска в поле зрения используется прием выпрямления аппарата по малой кривизне желудка.

В основном методика ЭРХПГ используется для определения характера желтухи и уровня препятствия при механической желтухе. Также ЭРХПГ включена в план обследова-

ования больных перед лапароскопической холецистэктомией (при наличии желтухи в анамнезе, расширенный общий желчный проток или неубедительных данных УЗИ).

Результаты и обсуждение

За 19 лет произведено 4321 исследование. Из них 2679 женщин и 1642 мужчины. 8 раз исследования проводились детям до 16 лет с врожденными аномалиями желчевыводящих путей, холедохолитиазом, послеоперационными осложнениями. 8 пациентам после резекции желудка по Бильрот-2 удалось провести исследование гастроскопом с торцевой оптикой. У 174 больных с опухолями Фатерова соска и опухолями поджелудочной железы, прорастающими в 12-перстную кишку, исследование сопровождалось взятием материала на гистологическое исследование. В 1997 году была внедрена методика эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ). Проведено 132 операции, как с диагностической, так и с лечебной целью. С 2007 года ЭПСТ не проводится из-за закрытия отделения лапароскопической и малоинвазивной хирургии. При проведении ЭРХПГ больным, перенесшим холецистэктомию, у 108 обнаружено стриктуру холедоха на уровне пузырного протока (рубцовую и наложение клипс на общий желчный проток), у 5 больных травму общего желчного протока. У 56 больных не удалось катетеризировать Фатерос сосок, находящийся в дивертикуле, у 23 больных устье соска по распычатому типу, у 24 стенозирующий папиллит.

У 30,5% пациентов при проведении ЭРХПГ патологии со стороны протоковой системы печени и поджелудочной железы не выявлено. Основное место в патологии занимает холедохолитиаз — 1028 больных (23,8%). Онкопатология выявлена у 17,6% пациентов, на первом месте заболевание головки поджелудочной железы 427 случаев, на одном уровне опухоли Фатерова соска и ворот печени — 159 и 146 больных соответственно. 134 поставлен рак холедоха. К редкой патологии относится киста холедоха 7 случаев, синдром Мирizzi — 3 случая.

При направлении к нам больных с диагнозом киста поджелудочной железы непременным условием является нахождение больного в хирургическом стационаре, так как

в случае подтверждения диагноза (заполнение нестерильным контрастом полости кисты) необходимо оперативное лечение в течение 6 часов после проведения ЭРХПГ. За все время диагноз киста поджелудочной железы поставлен 2 больным. Во время проведения ЭРХПГ оценка состояния БДС проводится в более 99% случаев, контрастированные желчные протоки в 86-93% исследований.

Выводы

Таким образом, ЭРХПГ является ценным диагностическим методом позволяющим установить природу желтухи, причину холестаза. Успех проведения ЭРХПГ, ЭПСТ,

ВЛИЯНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Цаберабий А.А., Рощина Н.Ю., Снежинский С.И.

Областной диагностический центр, Днепрпетровск, Украина

Введение

Несмотря на успехи антибактериальной терапии, в настоящее время все большее внимание уделяется вопросам бронхоальвеолярного лаважа с целью улучшения диагностики и лечения. Санационная бронхоскопия преследует следующие цели:

1. ликвидация микробного заражения бронхиального дерева и снижение степени антигенемии и интоксикации;
2. восстановление бронхиального дренажа, мукоцилиарного аппарата;
3. нормализация общего и местного иммунитета;
4. устранение обструкции бронхов;
5. коррекция антибактериальной терапии.

Материалы и методы

За период 2006-2008 нами обследовано 1527 пациентов. Хронический бронхит был диагностирован у 741 пациентов. Из них было выделено для анализа 200 человек в основную группу и 47 человек — контрольную группу, которым назначалась терапия без БАЛ.

Больные основной группы, в зависимости от выраженности воспалительных изменений в слизистой трахеи и бронхов, были разделены на три группы:

- I. 130 человек (52,5%) диагностирован атрофический эндобронхит (контрольная группа 15 чел.);
- II. 67 человек (27,5%) диагностирован гнойный эндобронхит (контрольная группа 30 чел.);
- III. 5 человек (2%) диагностированы бронхоэктазы (контрольная группа 3 чел.).

Результаты исследования

Бронхоальвеолярный лаваж при бронхоскопии расширяет возможности диагностики в иммунологических исследованиях (в частности определение секреторного иммуноглобулина (SigA), что характеризует состояние местного иммунитета, более полным цитологическим заключением при микроскопии центрифугированного осадка промывных вод бронхов. В случаях неспецифического воспаления бронхов различной степени, проводились лечебные бронхоскопии с учетом результатов посевов смывов бронхиального дерева, определения чувствительности патогенной флоры к антибиотикам. Отличный проти-

сутствие осложнений зависит от тщательного сбора анамнеза жизни, аллергологического анамнеза, проведения премедикации, квалификации врача, анатомических особенностей и технического обеспечения исследований.

Литература

1. Шалимов А.А. (1991) Медицинская техника в хирургии. (Киев). "Здоров'я". с. 18-35
2. Майстренко Н.А. (2000) Холедохолитиаз. (С-Пб.). "ЭЛБИ".
3. Нечитайло М.Е., Грубник В.В. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Киев). "Здоров'я".

вовоспалительный лечебный эффект при использовании суспензии аутологичных макрофагов. Поскольку в очаге гнойного затяжного воспаления количество альвеолярных макрофагов и их фагоцитирующая бактерицидная активность, а также способность секретировать лизоцим значительно угнетены, то для коррекции фагоцитарных механизмов использовались более активные клетки здоровых участков неповрежденных сегментов.

При вирусной инфекции традиционная антибактериальная терапия не эффективна. В аспирате из бронхов микрофлора, как правило, отсутствует, а воспалительные изменения в бронхах сохраняются. В литературе имеются указания на наличие антигенов вирусов в аспирате и лаважной жидкости из бронхов, но в случае отсутствия цилиндрического эпителия в аспирате, проводится щеточная биопсия слизистой оболочки. Полученный с помощью браш-биопсии материал помещается в стерильный физиологический раствор, взбалтывается, центрифугируется и проводится иммунофлуоресцентное исследование и этим же материалом заражалась культура тканей.

Выводы

На основании полученных данных при ФБС была откорректирована комплексная противовоспалительная терапия. Эффективность лечения у больных основной группы с гнойным эндобронхитом была на 30% выше, чем у контрольной группы. У больных с бронхоэктазами — на 25% выше, чем в контрольной, а у больных с атрофическим эндобронхитом — на 15% выше, чем в сравняваемой контрольной группе. Полученные результаты позволяют заключить, что БАЛ является средством выбора для лечения больных с различными формами ХБ.

Литература

1. Луконский Г.И., Шулуто М.Л. и соавт. (2007) "Бронхопульмонология".
2. Авдеев С. (2006) Системные эффекты у больных ХОБЛ. Врач. 12
3. Дзюблик А.Я., Мухин А.А., Бялык Е.И. (2007) Хроническое обструктивное заболевание легких: современная концепция патогенеза, подходы к терапии. Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. 1
4. Моголарова Н.Е., Ливневский Ю.В. (1994) Случай альвеолярного микролитиаза. Пульмонологический журнал.
5. Смирнов В., Сюсюкин А. (2004) Применение тимогена при бронхолегочной патологии. Doctor.

КОЛОНОСКОПИИ И ГАСТРОСКОПИИ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

Целикова В.В., Бубинов С.Н., Поливанов А.К., Губанов Д.С.*

Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

УНЛК "Университетская клиника", Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина*

Введение

В нашей стране эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и колоноскопии (КС) в основном выполняются без общего обезболивания [1-5]. Наиболее часто используется местная анестезия раствором лидокаина (ЭГДС), применяются внутримышечные инъекции спазмолитических, обезболивающих, седативных препаратов накануне исследования, что облегчает проведение исследования, но не во всех случаях и не в полной мере. В педиатрической практике большинство исследований проводится под общим обезболиванием, в то время как у взрослых пациентов общая анестезия при эндоскопических исследованиях применяется достаточно редко. Существует мнение, что при методическом правильном проведении исследования боль не возникает [3-5]. Однако эндоскопическое исследование всегда вызывает в той или иной мере неприятные ощущения, кроме того, у определенного контингента пациентов боль и негативное восприятие процедуры возникает даже при безукоризненной технике врача-эндоскописта.

КС у больных с острым воспалительным процессом в брюшной полости, заболеваниями анальной зоны, сопровождающимися болевым синдромом, в случаях, когда исследование не может быть отсрочено, у пациентов с синдромом раздраженной кишки, спячной болезнью может быть безболезненно выполнена под общим обезболиванием. ЭГДС у пациентов с большими диафрагмальными грыжами, воспалительными процессами в ротовой полости и глотке менее травматична в условиях медикаментозного сна. Психо-эмоциональное состояние больных, часто связанное с предшествующим негативным опытом, сопутствующей патологией, в значительной степени затрудняют исследование, неоправданно продлевают его время, снижают качество. Общая анестезия снижает эмоциональную нагрузку на пациента, кроме того, на врача, выполняющего исследование [7-9]. В условиях медикаментозного сна улучшается визуализация, облегчаются манипуляции и операции, сокращается время исследования, снижается риск осложнений эндоскопического исследования (естественно, при соблюдении правил выполнения ЭГДС и КС), так как отсутствуют вторичный рефлекс, двигательное беспокойство, мышечное напряжение, эмоциональный фактор. В Америке и Европе применение общей анестезии обеспечивает комфорт эндоскопических исследований в 95-99% случаев [7,8]. В украинских и российских журналах незначительное количество публикаций по данной

теме. Современные средства для общей анестезии эффективны и безопасны, при правильном проведении наркоза не оказывают отрицательного влияния на организм. В связи с быстрым началом и прекращением действия пропофол, по мнению многих авторов, является препаратом выбора [1,8,10]. Сохранение спонтанного дыхания и кашлевого рефлекса является важным аспектом в профилактике возможной аспирации.

Материалы и методы

ЭГДС и КС под общим обезболиванием мы выполняем на протяжении 10 лет, последние годы в связи с появлением пропофола количество исследований увеличилось. За период с 2007 по 2010 в ДОПЦ выполнено под общим обезболиванием 1880 КС и 460 ЭГДС. Необходимость анестезии была обусловлена психоэмоциональным состоянием пациентов, воспалительным и спаянным процессом в брюшной полости, заболеваниями анальной области, ранним послеоперационным периодом. Подготовка к колоноскопии проводилась в подавляющем большинстве случаев с применением препарата "Фортранс". КС и ЭГДС проводились видеоэндоскопиями и фиброскопиями Olympus, Fujinon, Karl Storz. КС выполнялись в положении больного на спине с использованием методики присоборования и ротации, постоянной аспирации содержимого, соблюдением правил выполнения колоноскопии. ЭГДС проводились в положении больного на левом боку. Обезболивание проводил врач анестезиолог, в основном применял внутривенное болюсное введение дипрофола, доза подбиралась индивидуально из расчета 1,5-2,5 мг/кг. Скорость введения корригировали в соответствии с необходимой глубиной седативного эффекта, в пределах 0,3-4,0 мг/кг/ч. Поддержание уровня седации обеспечивалось повторным введением до достижения клинического ответа. Суммарная доза составляла 100-200 мг в зависимости от длительности исследования и реакции пациента. Подавляющее большинство исследований проводилось в состоянии медикаментозного сна, с последующим наблюдением на протяжении 10-20 минут после окончания исследования. В ряде случаев (подозрение на перфорацию гастродуоденальной язвы, профузное кровотечение) ЭГДС проводились под эндотрахеальным наркозом в условиях операционной. Интраоперационные КС и ЭГДС выполнялись для установления диагноза, уточнения локализации и протяженности патологического процесса, удаления полипов, инородных тел, проведения зондов и стентов.