

## ПОЛИП ТОШЕЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕНИЙ 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 поврежденных 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.

Большой Л., 33 лет, доставлен КМК ЛШМД с клиникой ЖКК. В анамнезе 8 ЖКК. В разных лечебных учреждениях неоднократно проводилась ЕГДС, колоноскопия, рентгеноскопия желудка и тонкого кишечника, иригоскопия. Источник кровотечения выявлен не был. При обследовании: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и слизистая 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 гиперемированная, инфильтрированная. Данных за продолжающееся кровотечение нет. После подготовки, была выполнена операция. При ревизии на расстоянии 20 см от связки Трейца 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 Трейца.

### Литература

- 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  $39,5 \pm 7,4$  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 кисты 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 ( $71,5 \pm 23,8$  мл в сравнении с открытыми —  $216 \pm 48,1$  мл, незначительным увеличением длительности оперативного вмешательства ( $121,3 \pm 22,1$  мин; при открытыхх —  $76 \pm 14,8$  мин, уменьшением числа интраоперационных осложнений — в 1 (2%) случае при открытыхх — 3 (7,5%); среди послеоперационных осложнений — 1 (2%), при открытыхх — 4 (10%) и сокращением сроков послеоперационного пребывания больного в стационаре почти в два раза (послеоперационный койко-день составил  $7,8 \pm 1,4$  дня при открытыхх —  $14,6 \pm 2,3$  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  $7,7 \pm 1,2$  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.

Национальний 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 транспаплярних втручань, що в свою чергу розширило покази до виконання ендоскопічної папілєктомії 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  $58 \pm 14$  років.

Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою дуоденоскопів JF-1T 40, TJF-160 YR Olympus, електрохірургічного блоку Olympus, аргоноплазмового коагулятора "ЭКОНТ 0701", торцевих папілосфінктеротомів, ендоскопічних петель, гнучких провідників, пластикових та полімерних стентів Boston Scientific, Olympus і Microvasive Endoscopy.

### Результати та їх обговорення

Основною скаргю 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 протокові системи 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 папілєктомії, коли торцевим папілєктомом розсікали ампулу сосочка, візуалізували пухлину та виконували біопсію з 3 позицій. Ендоскопічну папілєктомію виконали 21 пацієнту з локальними пухлинами ВСДК. У всіх хворих в результаті гістологічного дослідження ендобіопсійного матеріалу верифікували аденому сосочка. Резекцію пухлини виконували за допомогою ендоскопічного петель діаметром 11 та 20 мм (Boston Scientific; Microvasive Endoscopy). У 6 хворих перед виконанням папілєктомії з метою елевачії пухлини над стінкою дванадцятипалої кишки інфільтрували підслизовий шар периапулярної зони розчином адреналіну в ізотонічному хлориді натрію 1:10 000. У 10 пацієнтів з розмірами аденоми менше 2 см папілєктомію вдалось виконати однократно (рис. 1; рис. 2).

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