

Таблиця 1. Основні параметри, отримані при дослідженні хворих

Тривалість перебування капсули	(M±m)
всього, год.	11,35±0,07
в стравоході, сек.	8,83±3,69
в шлунку, хв.	28,85±7,25
в тонкій кишці, год.	5,03±0,79
Виявлені зміни, (n=13)	%
Патологічні знахідки, всього	83,3
в стравоході	-
в шлунку	50,0
в порожній кишці	50,0
в здухвинній кишці	75,0

знь до процедури. Була отримана інформована згода пацієнта на дослідження. Серед пацієнтів чоловіків було 7 (58,3%), жінок — 5 (41,7%). Вік обстежених переважно був у діапазоні 41 — 50 років (38,5%), середній вік (44,5±3,9) років. Кишечник був достатньо очищений у всіх пацієнтів. У всіх пацієнтів капсула досягла товстості кишки та вийшла природним шляхом.

Дані, отримані в результаті ВКЕ представлені в таблиці 1, включаючи тривалість дослідження, наявність патології шлунково-кишкового тракту. При аналізі тривалості дослідження встановлено, що в стравоході капсула перебувала від 1 до 30 сек., в шлунку — від 4 до 95 хв., в тонкій кишці — від 2 год. 30 хв. до 11 год. 40 хв. У одного пацієнта пасаж капсули супроводжувався маятникоподібним рухом з ретроградним поверненням з ДПК в шлунк, в результаті чого зафіксовано дуодено-гастральний рефлюкс. У однієї пацієнтки капсула знаходилася 95 хв. в шлунку, що свідчило про його гіпотонію, а от у тонкій кишці у цієї ж пацієнтки капсула перебувала всього 2 год. 45 хв., що трактували як гіпотонію тонкої кишки. У трьох пацієнтів (23,1%) зафіксовано гіпотонію тонкої кишки — час перебування капсули склав від 6 год. 17 хв. до 11 год. 40 хв. В таблиці 2 представлено види макроскопічних змін СО тонкої кишки, які встановлені при ВКЕ.

Макроскопічні зміни слизової оболонки шлунка виявлені в 6 хворих (46,2%) — вогнищева гіперемія та вогнищева атрофія слизової антрального відділу шлунка, у 2 з них виявлені ерозії антрального відділу шлунка. В порожній кишці у 3 (23,1%) хворих виявлено лімфангіоектазії різного ступеня вираженості та з однаковою частотою 7,7% — поодинокі геморагії, виражену атрофію, сегментарну вогнищеву гіперемію слизової оболонки. В здухвинній кишці у 3 пацієнтів встановлена виражена нодулярна лімфоїдна гіперплазія слизової, у 2 (15,4%) — незначна вогнищева атрофія, з такою ж частотою — сегментарна вогнищева гіперемія та геморагії, з однаковою частотою 7,7% виявлені виражена атрофія, поліп та пухлинноподібне утворення здухвинної кишки.

ВКЕ дозволила у одного хворого з підозрою на хворобу Крона (вік 23 роки) виявити нодулярну лімфоїдну гіперплазію СО та поліп термінального відділу здухвинної кишки (рис. 1), що може бути проявом хвороби Крона в стадії ремісії. В такому випадку рекомендується проводити дослідження повторно. Треба відзначити, що пацієнт з підозрою на ХК на момент дослідження перебував в стадії ремісії захворювання. Виражена нодулярна лімфоїдна гіперплазія здухвинної кишки за даними літератури може проявлятися кровотечею, болям, діареєю і є проявом імунної реакції слизової на різні імунологічно активні захворювання [6].

У іншої пацієнтки з сімейним анамнезом хвороби Крона (вік 60 років) виявлено нодулярну лімфоїдну гіперплазію СО термінального відділу здухвинної кишки та множинні геморагії тонкої кишки (переважно її термінального відділу), що зумовило призначення їй препаратів месалазіну (салофальк терміном на 7 днів). У хворих з діареєю слизової виявлено в 2 випадках в шлунку — вогнищеву еритему СО та вогнищеву атрофію шлунка, в тонкій кишці в обох випадках — незначну вогнищеву атрофію слизової здухвинної кишки. У хворого з ентритом та гіперезинофілієм синдромом виявлено виражену атрофію слизової тонкої кишки та лімфангіоектазії здухвинної кишки, останні можуть бути проявом порушення лімфовідтоку окремих ділянок тонкої кишки [4].

У пацієнта з шлунково-кишковою кровотечею, джерело якої не встановлено при повторних гастроуденоскопії та колоноскопії, виявлено *sanguis* в просвіті ДПК (ймовірно, контактна ранимисть). Хворому проводили ЕГДС на «висоті кровотечі» та після ВКЕ, на яких джерело кровотечі не виявлено. «Випадковою знахідкою» ВКЕ у цього пацієнта було пухлинноподібне утворення з виразковим дефектом в центрі (рис. 2), яке розташоване в здухвинній кишці, ближче до баугівієвої заслінки. Хворий направлений на консультацію до хірурга. Дослідження добре переносилося хворими, всі досліджені завершили процедуру. У ході проведення дослідження не було виявлено побічних реакцій (вишш).

При порівнянні якості підготовки кишечнику різними способами, за нашими даними очищення кишечнику з застосуванням 12-годинного голоду та розчину поліетилентетраколу необхідне для покращення якості візуалізації термінальної частини здухвинної

Таблиця 2. Основні діагностичні результати, отримані при відеокapsульній ендоскопії тонкої кишки

Показання	Отримані результати	n
діарея (n=3)	негативний результат (патології не виявлено)	1
	еритема СО антрального відділу шлунка	1
	вогнищева атрофія СО антрального відділу шлунка	1
	вогнищева атрофія СО здухвинної кишки	2
підозра на хворобу Крона (n=2)	лімфангіоектазії СО тонкої кишки	1
	нодулярна лімфоїдна гіперплазія СО термінального відділу здухвинної кишки	2
	поліп СО термінального відділу здухвинної кишки	1
	множинні геморагії СО тонкої кишки (переважно здухвинної)	1
больовий синдром (n=2)	вогнищева еритема СО здухвинної кишки	1
	поодинокі геморагії СО ДПК	1
	контактна ранимисть СО ДПК (підозра на дефект ДПК)	1
шлунково-кишкова кровотеча (n=1)	ерозія СО антрального відділу шлунка	1
	пухлинноподібний утвір здухвинної кишки	1
синдром подразненої кишки (n=1)	поодинокі лімфангіоектазії СО порожньої кишки	1
сентерит неясного генезу (n=1)	тотальна атрофія СО тонкої кишки	1
	лімфоїдна гіперплазія СО здухвинної кишки	1
	еритема СО антрального відділу шлунка	1
	ДГР	1
бажання пацієнта (n=2)	ерозія СО антрального відділу шлунка	1
	еритема СО шибунки ДПК	1
	еритема СО здухвинної кишки	1

кишки, а в деяких випадках така підготовка дозволить візуалізувати ураження товстості кишки (хоча це не є завданням тонкокишкової капсули). Таким чином, ВКЕ — ефективний метод для діагностики захворювань тонкої кишки, який дозволяє виявити джерело кровотечі, наявність виразок, ерозій та пухлин тонкої кишки, застосовується для діагностики патології тонкої кишки в тих випадках, коли інші методи дослідження не дозволяють встановити діагноз.

Література

- Ананко А.А. (2007) Новые тенденции в тонкокишечной эндоскопии. Укр. мед. часопис. 3: 59-120-123
- Домарев Л.В., Старков Ю. Г. (2006) Капсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки. Хирургия. 2: 63-75
- Перелерий В.Г., Ткач С.М., Кузнецов К.В., Перекрестова Е.А. (2003) Видеокапсульная эндоскопия — современный метод диагностики заболеваний тонкой кишки. Сучасна гастроентерологія. 4: 14-16-20
- Распереза Д.В., Ситкова Е.А. (2008) Видеокапсульная эндоскопия в диагностике заболеваний тонкой кишки. Клиническая эндоскопия. 1: 14: 21-32
- Щербак П.Л. Видеокапсульная эндоскопия: история развития и практическое применение www. consilium-medicum.com.ua
- Angelis G. L., Formaroli F. (2007) Capsule enteroscopy and radiology of the small intestine at child. Am. J. Gastroenterol. 102: 1749-1757
- Biagi F., Rondonotti E., Campanella J. et al. (2006) Video capsule endoscopy and histology for small-bowel mucosa evaluation: a comparison performed by blinded observers. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 4: 998-1003
- Cave D., Legnani P., de Franchis R. et al. (2005) ICCCE consensus for capsule retention. Endoscopy. 37: 1065-1067
- El-Matary W. (2008) Wireless capsule endoscopy: indications, limitations, and future challenges. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 46: 4-12
- Hadithi M., Heine G.D., Jacobs M.A. et al. (2006) A prospective study comparing video capsule endoscopy with double-balloon enteroscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding. Am. J. Gastroenterol. 101: 52-57
- Herrerias J.M., Leighton J.A., Costamagna G. et al. (2008) Agile patency system eliminates risk of capsule retention in patients with known intestinal strictures who undergo capsule endoscopy. Gastrointest. Endosc. 67: 902-909
- Ladas D., Triantafyllou K., Spada C. et al. (2010) European Society of Gastrointestinal Endoscopy and clinical guidelines committee: recommendations on clinical use of video capsule endoscopy to investigate small-bowel, esophageal and colonic diseases. Endoscopy. 42: 220-227
- Mergener K., Ponchon T., Gralnek I. et al. (2007) Literature review and recommendations for clinical application of small-bowel capsule endoscopy, based on a panel discussion by international experts. Consensus statements for small-bowel capsule endoscopy, 2006-2007. Endoscopy. 39: 895-909
- Nakamura T., Terano A. (2008) Capsule endoscopy: past, present, and future. J. Gastroenterol. 43: 93-99
- Pennazio M., Rondonotti E., de Franchis R. (2008) Capsule endoscopy in neoplastic diseases. World J. Gastroenterol. 14: 5245-5253
- Rondonotti E., Villa F., Mulder C.J. et al. (2007) Small bowel capsule endoscopy in 2007: indications, risks and limitations. World J. Gastroenterol. 13: 6140-6149
- Sidhu R., Sanders D.S., Morris A. J. et al. (2008) Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. Gut. 57: 125-136

ЖОВЧОТЕЧА В РАНЬОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ: ТАКТИКА МІНІІНВАЗІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ

Коломієць В.І., Гавриш Я.І., Шахова Т.І., Павловський М.П.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Вступ

Ускладнення, що виникають на першу-третю добу після операцій з приводу гострого і хронічного холециститу, найчастіше пов'язані з травмою жовчних проток. Проявляються вони тривалим надмірним підтіканням жовчі дренажами та до черевної порожнини, й спостерігаються у 2-15% пацієнтів [1].

Для виявлення локалізації і розповсюдження травми жовчних шляхів застосовують діагностичну програму, яка включає фістулохолантіографію, ультрасонографію, магнітно-резонансну холантіографію [2-4]. Впровадження удосконалених ендоскопічних методів діагностики і лікування — ендоскопічної ретроградної холантіографії (ЕРХГ), папілосфінктеротомії (ПСТ), дилатації папіли, проведення їх у ранньому післяопераційному періоді при виникненні жовчотечі дає можливість виявити її причину, локалізацію, а в 6-льшості хворих з «малими» пошкодженнями складає альтернативу повторній операції [4-6].

Мета дослідження — вивчити можливість, показання і особливості проведення ендоскопічних ретроградних втручань (ЕРВ) на папілі і білярній системі при виникненні підтікання жовчі у ранньому післяопераційному періоді в хворих після відкритої і лапароскопічної холецистектомії.

Матеріал і методи

Протягом останніх 10 років у клініці оперовано 7457 хворих з приводу жовчнокам'яної хвороби, у тому числі 6342 хворих перенесли лапароскопічну холецистектомію. З приводу

гострого калькульозного холециститу оперовано 1813 хворих, хронічного — 5644 (1:3,11). Налімірне — понад 150 мл за добу, — виділення жовчі дренажами, підтікання жовчі у черевну порожнину в ранньому післяопераційному періоді виникли у 65 (0,87%) хворих. Повторні в ранньому періоді відкриті або лапароскопічні операції виконано у 13 (20%) хворих. 12 хворих ліковано консервативними методами, навіть без мініінвазивних втручань.

У 40 хворих застосовано лише рентген-ендоскопічні методи ургентної діагностики і лікування: ЕРХГ, ПСТ або балонна дилатація папіли, при необхідності літоекстракції, ендобілярне стентування.

Результати й обговорення

Загалом, білярні проблеми в ранньому післяопераційному періоді виникли у 76 хворих, причому 28 з них перенесли холецистектомію з приводу гострого, а 48 хворих — хронічного холециститу (співвідношення 1:1,71). Враховуючи те, в клініці серед оперованих співвідношення гострого холециститу до хронічного становить 1:3,11, то можна стверджувати, що підчас операції з приводу гострого холециститу ризик виникнення ускладнень більший. Це пов'язано з труднощами передопераційного обстеження хворих при гострому холециститі та складнощами проведення самої операції, особливо при наявності інфільтрату в гепатодуоденальній зв'язці.

У групі повторно оперованих 9 хворих мали «велике» пошкодження жовчних проток. 6 хворим перед операцією провели ЕРХГ, що дозволило у 4 хворих ще до операції мати

