

20. Gemmel C., Weickert U., Eickhoff A. et al. (2007) Successful treatment of gallstone ileus (Bouveret's syndrome) by using extracorporeal shock wave lithotripsy and argon plasma coagulation. *Gastrointest. Endosc.* 65: 173-175
21. Grove O. (1976) Acute pyloric obstruction by gallstone: report of a case diagnosed by gastroscopy. *Gastrointestinal Endoscopy.* 22; 4: 212-213
22. Holl J., Sackmann M., Hoffman R. et al. (1989) Shockwave therapy of gastric outlet syndrome caused by gallstone. *Gastroenterology.* 97: 472-474
23. Huebner E.S., Du Bois S., Lee S.D., Saunders M.D. (2007) Successful endoscopic treatment of Bouveret's syndrome with intracorporeal electrohydraulic lithotripsy. *Gastrointest. Endosc.* 66: 183-184
24. Hurlfmann R., Enzler M., Binswanger R.O. et al. (1995) Bouveret Syndrome eine seltene. Gallensteinkomplikation. *Gastroenterol.* 33; 8: 445-448
25. Joshi D., Vossough A., Raymond T.M. et al. (2007) Bouveret's syndrome as an unusual cause of gastric outlet obstruction: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 1: 73 doi: 186: 1752
26. Kavuturu S., Parthivel V., Cosgrove J. (2008) Bouveret's syndrome: a rare presentation of gallstone disease. *OPUS 12 Scientist.* 2: 2
27. Langhorst J., Schumacher B., Deselaers T., Neuhaus H. (2000) Intracorporeal laser lithotripsy of a gastric outlet obstruction. *Gastrointest. Endosc.* 50: 209-213
28. Maiss J., Hochberger J., Hahn E.G. et al. (2004) Successful laserlithotripsy in Bouveret's syndrome using a new frequency doubled doublepulse Nd:YAG laser. *Scand. J. Gastroenterol.* 39: 791-794
29. Maiss J., Hochberger J., Muehldorfer S. et al. (1999) Successful treatment of Bouveret's syndrome by endoscopic laser lithotripsy. *Endoscopy.* 31; 2: 4-5
30. Marchall J., Hayton S. (2004) Bouveret's syndrome. *The American Journal of Surgery.* 187: 547-548
31. Mitchell S.C., Michael D. (2006) Characterization of Bouveret's syndrome: a comprehensive review of 128 cases. *Am. J. Gastroenterol.* 101: 2139-2146
32. Nielsen S.M., Nielsen P.T. (1983) Gastric retention caused by gallstones (Bouveret's syndrome). *Acta Chirurgica Scandinavica.* Stockholm. 149: 207-208
33. Pickhardt P.J., Bhalla S., Balfe D.M. (2002) Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology.* 224; 1: 9-23
34. Pickhardt P.J., Friedland J.A., Hruza D.S. et al. (2003) Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. *American Journal of Roentgenology.* 180; 4: 1033-1035
35. Prachayakul V., Aswakul P., Kachintorn U. (2011) Atypical clinical presentation of Bouveret's syndrome. *Endoscopy.* 43: 55-56
36. Raf L.E. (1969) Causes of small intestinal obstruction. *Acta Chir. Scand.* 135: 67
37. Reisner R.M., Cohen J.R. (1994) Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am. Surg.* 60; 6: 441-446
38. Rigler L.G., Borman C.N., Noble J.F. (1941) Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA.* 117: 1753-1759
39. Rodriguez-Sanjuan J.C., Casado F., Fernandez M.J. et al. (1997) Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br. J. Surg.* 84; 5: 634-637
40. Rouanet J.P., Fernet M., Chartier P., Goldlust D. (1976) Une cause rare d'obstruction duodenale: la syndrome de Bouveret. *J. Radio Electrol.* 57: 213-216
41. Santis D.G., Pancotti G. (1988) Syndrome di Bouveret. Presentazione del caso Minerva. *Chir.* 43; 17: 1403-1405
42. Schweiger F., Shinder R. (1997) Duodenal obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome) managed by endoscopic stone extraction: a case report and review. *Can. J. Gastroenterol.* 11; 6: 493-496
43. Simonian S.J. (1968) Gallstone obstruction of the duodenal bulb. *Lancet.* 1: 893
44. Torgerson S.A., Greening G.K., Juniper K., Farrell R.L. (1979) Gallstone obstruction of duodenal cap (Bouveret's syndrome) diagnosed by endoscopy. *Am. J. Gastroenterol.* 72: 165
45. Vidal O., Seco J.L., Alvarez A. et al. (1994) Syndrome de Bouveret: cinco casos. *Revista Esp. Enferme. Dig.* 86; 5: 839-844
46. Warren D.J., Peck R.J. (2008) Bouveret's Syndrome: a case report. *Gastrointestinal Radiology.* 2; 4: 14-17
47. Wickbom G. (1993) Intermedicinaren som stödde kirurgin. *Läkartidningen.* Stockholm. 90; 3: 162-165
48. Whonamedit? A dictionary of medical eponyms. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2592.html>
49. Whonamedit? A dictionary of medical eponyms. <http://www.whonamedit.com/synd.cfm/3076.html>

УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Литвиненко О.М., Дейниченко А.Г., Біляев В.В., Шербина С.І., Христюк Д.І., Бойко О.Г.

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

Вступ

Висока діагностична та лікувальна цінність ендоскопічних транспапільярних втручань (ЕТПВ) привела до того, що ці методики зайняли провідне місце в діагностично-лікувальному алгоритмі при патології панкреатобіліарної зони. Однак при всіх своїх перевагах ЕТПВ є інвазивними методами і частота виникнення ускладнень після їх застосування становить 5-10% [1,3]. Серед ускладнень найбільш часто зустрічаються гострий панкреатит, кровотечі з папілотної рани, обструктивний холангіт, абсцеси печінки та ретродуоденальна перфорація [2,3,5]. Ще однією серйозною проблемою при застосуванні транспапільярних втручань є виникнення в віддаленому періоді таких ускладнень як рецидивний холедохолітас, регургітаційний холангіт та рестенози папілотної отвори [2,4].

Матеріали і методи

Нами досліджені результати 10890 ендоскопічних папілосфінктеротомій (ЕПСТ) з подальшими транспапільярними втручаннями, що були виконані в клініці інституту за період з 2000 по 2012 роки. Ендоскопічні втручання виконувалися за допомогою дуоденоскопів *Olympus IT-40, TJF, VCR 150* під контролем рентгенапарату *Televis* та С-дуги *APELEM* з застосуванням ендоскопічних асесуарів (катетери, папілоти, кошики для літоекстракції, механічні літотриптери, діатермічні петлі, балонні дилататори, провідники, стенти *Olympus* та *Boston Scientific*).

Спектр ендоскопічних втручань був наступний: ЕПСТ з літоекстракцією — 6324 (58,1%) хворих, доповнено механічною літотрипсією — 2780 (25,5%), ЕПСТ з біопсією сосочка при стенозуючому папіліті — 724 (6,6%), супрапапілярна холедоходуоденостомія — 421 (3,9%), ендобіліарне стентування — 387 (3,6%), балонна дилатація

доброякісних стриктур жовчних протоків — 32 (0,3%), ЕПСТ при жовчетечах після оперативних втручань на печінці та жовчевивідних шляхах — 195 (1,8%) та ендоскопічна папілектомія — 27 (0,2%) хворих.

Типову канюляційну папілотомію виконували у 6230 (57,2%) хворих, атипів методику застосовували у 4660 (42,8%) пацієнтів. Виконання атипів папілотомії в більшості випадків було зумовлене вираженим вісцероптозом, парафатеральними дивертикулами, вклиненнями конкрементами ВСДК, стенозуючим папілітом та периапілярними пухлинами.

Результати та їх обговорення

Ускладнення ЕТПВ виникли у 457 (4,2%) хворих. Кровотечі з папілотної рани та зони папілектомії спостерігали у 226 (2,1%) пацієнтів. Зупинку кровотечі у 208 хворих виконували ендоскопічно: методом електрокоагуляції — у 114, аргоноплазмової коагуляції — у 76, обколюванням зони кровотечі етиловим спиртом — у 10, та ендокліпінням кровотоми судини — у 8 випадках (рис. 1). Слід зауважити, що у 170 хворих спостерігали кровотечі з папілотної рани, що була клінічно не значимою і не потребувала виконання інтервенційного гемостазу.

Рентгеновазкуляру оклюзію застосовували у 16 хворих та хірургічне втручання при неефективності ендоскопічного гемостазу — у 2 пацієнтів. Кровотечі після ЕТПВ спостерігали як правило при високих цифрах загального білірубіну крові (більше 350 мкмоль/л) та явищах коагулопатії.

Гострий панкреатит виник у 206 (1,9%) хворих. Причини виникнення гострого панкреатиту були в більшості випадків тривалі канюляції сосочка з травмуванням вічка головної панкреатичної протоки та надлишкове введення в його просвіт контрастної речовини. У всіх випадках гострий панкреатит купований консервативно або ж з застосуванням мініінвазивних технологій. Дренування парапанкреатичних скопичень рідини під ультразвуковим контролем застосовували у 24 пацієнтів. В комплекс передопераційної підготовки та у випадках розвитку післяопераційного панкреатиту хворим призначали препарати соматостатину (укретеїд, окрестатин).

Вклинення кошика Дорміа з великим конкрементом в дистальному відділі загальної жовчної протоки спостерігали у 19 хворих — виконували традиційну холедохолітотомію в урядному порядку у 12, та лапароскопічну холедохолітотомію у 7 пацієнтів (рис. 2). Ретродуоденальна перфорація з розвитком заочеревинної флегмони виникла у 6 пацієнтів (рис. 3).

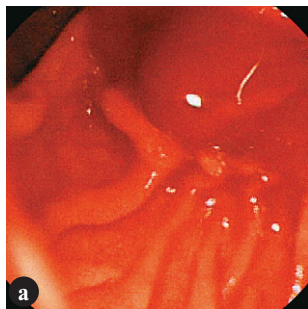


Рис. 1

Дуоденоскопія.

А. Кровотеча з папілотної рани.

В. Стан після ендоскопічного гемостазу з використанням аргоноплазмової коагуляції.

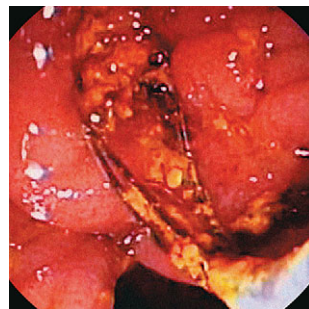
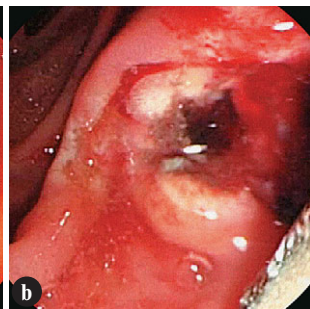


Рис. 4

ЕРХПГ: ендоскопічна літотрипсія при рецидивному холедохолітазі.

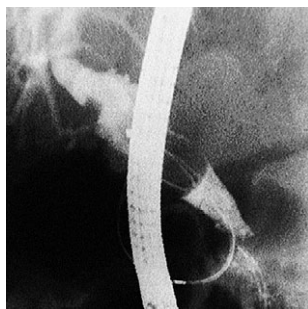


Рис. 2

ЕРХПГ: вклинення кошика Дорміа з конкрементом в інтрапанкреатичний відділ загальної жовчної протоки.

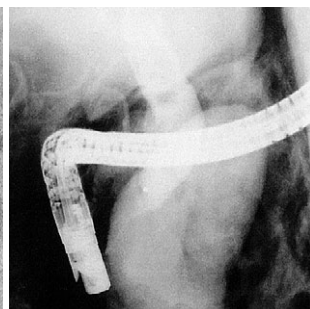


Рис. 3

ЕРХПГ: ретродуоденальна перфорація. Контрастна речовина в позаочеревинному просторі.

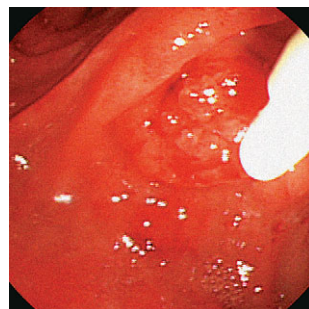


Рис. 5

ЕРХПГ: пухлинний рестеноз ВСДК.

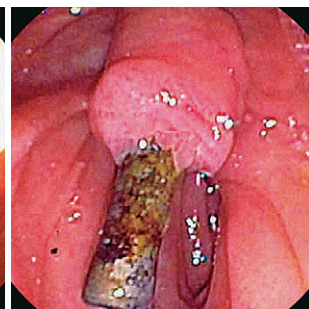


Рис. 6

ЕРХПГ. Обтурація ендобіліарного стенту.

Для ліквідації ускладнень перфорації встановлювали ендобіліарний стент, проводили зонд за зв'язку Трейца для етерального харчування, виконували дренажування заочеревинної флегмони під ультразвуковим контролем та призначали масивну антибіотикотерапію. В 2 випадках виконували хірургічне втручання, що заключалося в дренажуванні санаци заочеревинної флегмони з лапароскопічного доступу. Летальних випадків не було. До віддалених ускладнень ЕТПВ відносимо рецидивний холедохолітиаз, пухлинні ретензи папілотомного отвору, хронічний регургітаційний холангіт, рецидиви доброякісних стриктур, обтурації та міграції ендопротезів.

Рецидивний холедохолітиаз в строки від 2 до 10 років спостерігали у 324 (2,9%) пацієнтів. У всіх випадках виконували повторні транспапілярні літо екстракції з санацією жовчних протоків розчинами антисептиків (рис. 4). Факторами ризику виникнення рецидивного холедохолітазу вважаємо: неповноцінну літоекстракцію під час первинного втручання, наявність великих парафатеральних дивертикулів, атонію з розширенням жовчної протоки більше 2 см, неадекватні та тотальні ЕПСТ.

Хронічний регургітаційний холангіт після ЕПСТ відмічали у 45 (0,4%) пацієнтів. Хворим виконували транспапілярні санаци жовчних протоків, призначали антибактеріальні препарати, а у 12 пацієнтів виконували транс папілярні втручання з метою формування антирефлюксних бар'єрів з слизової оболонки дванадцятипалої кишки. У 5 пацієнтів з стійким рецидивним холангітом, що не піддавався консервативному лікуванню виконували гепатикоєностомію по Ру з лапаротомного доступу. Пухлинні ретензи виявили у 48 хворих в строки від 6 до 18 місяців після виконання ЕПСТ з приводу стенозуючого папіліту чи після ендоскопічної папілектомії, які в подальшому підлягали оперативному лікуванню чи ендобіліарному стентуванню (рис. 5).

Проксимальні та дистальні міграції нітінолових та тefлонових ендобіліарних стентів спостерігали у 42 пацієнтів, що потребувало виконання повторної ендоскопічної корекції розташування ендопротезу. При обтурації стентів виконували їх інструментальну резанію і ре каналізацію у 27 випадках, а при неефективності — подальшу заміну стенту, встановлення додаткового ендопротезу — у 39, та втручання «стент в стент» — у 21 пацієнта (рис. 6). Рецидиви доброякісних стриктур після виконання етапних ендоскопічних дилатацій відмічали у 7 хворих, яким в подальшому виконували реконструктивну гепатикоєностомію по Ру з лапаротомного доступу.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Новохатний П. В.

Эндоскопическое отделение, Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, Запорожье, Украина

Введение

Исторически первые малотравматические вмешательства при ОП вошли в клиническую практику вместе с внедрением ЛС. В неотложной хирургии это исследование впервые было применено Оттодоф В. в 1920 году. Он выполнял его в сочетании с рентгенологическим исследованием в неясных случаях внематочной беременности. Впервые показания к ЛС в общем виде сформулировал Kogbasch R. в 1921 году, отмечавший что ЛС нужно применять в том случае, если прочие методики не помогают установлению диагноза и можно надеяться с ее помощью увидеть патологические изменения. В 1933 году Henning N. и Stolze M. применили лапароскопическую диагностику уже для верификации острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [3].

ЛС позволяет выявить достоверные визуальные признаки острого течения панкреатита: стеатонекрозы, стекловидный отёк печёночно-двенадцатиперстной связки, большого и малого сальника, геморрагический экссудат, геморрагическая имбиция формы пузыри поперечной ободочной кишки и сальника, увеличенный напряжённый желчный пузырь при билиарном панкреатите, инфильтрат в области сальникового сумки. Информативность метода составлял 72% [6,8]. Кроме того, ЛС носит не только диагностический, но и дифференциально-диагностический, а также лечебный характер, позволяя снизить летальность с 68,9% до 32,3% в сравнении с только консервативной терапией [1,6,9].

Спектр лапароскопических вмешательств определяется авторами в зависимости от выявленной морфологической формы ОП. Широкое применение нашло лапароскопическое дренирование брюшной полости. Однако продолжают дискуссии в отношении показаний и противопоказаний к его выполнению, длительности стояния дренажей [2,4,5,7].

Материалы и методы

В основу данного исследования положены результаты сравнительного анализа лапаротомного и лапароскопического способов дренирования брюшной полости у 83 больных с тяжелым ОП (согласно международной классификации Атланты 1992 года), поступивших в клинику кафедры общей хирургии Запорожского государственного медицинского

Таблица 1. Результаты дренирования брюшной полости при ОП

Показатель	Лапароскопическое дренирование, (n=39)		Дренирование лапаротомным способом, (n=44)		
	n	%	n	%	
Количество дренажей	1	7	17,9	-	
	2	5	12,8	-	
	3	8	20,5	-	
	4	9	23,1	-	
	5	10	25,6	44	100
Среднесуточный объем выделяющейся жидкости	До 100 мл	30	76,9	28	63,4
	От 100 до 200 мл	6	15,4	8	18,2
	От 200 до 300 мл	1	2,6	3	6,8
	От 300 до 400 мл	1	2,6	2	4,5
	От 400 до 500 мл	-	-	1	2,3
	Свыше 500 мл	1	2,6	2	4,5
	До 10 суток	17	43,6	14	31,8
Длительность стояния дренажей	От 10 до 20 суток	18	46,2	12	27,3
	От 20 до 30 суток	3	7,7	5	11,4
	От 30 до 40 суток	1	2,6	5	11,4
	От 40 до 50 суток	-	-	3	6,8
	Свыше 50 суток	-	-	5	11,4

* — различие статистически достоверно, p<0,05.

Висновки

- Кровотеча з країв папілотомної рани є найбільш частим ускладненням ендоскопічних операцій на великому сосочку дванадцятипалої кишки, факторами ризику виникнення якої є висока обтураційна жовтяниця та вжива коагулопатії.
- У 70% пацієнтів кровотеча після ЕПСТ зупиняється спонтанно на фоні консервативної терапії і лише у 30% випадків потребує виконання ендоскопічного гемостазу.
- Причинами виникнення гострого панкреатиту після транспапілярних ендоскопічних втручань є довготривалі спроби канюляції ВСДК, вірсунготомія або надлишкове введення контрастної речовини в просвіт головної панкреатичної протоки з виконанням паренхіми грами.
- Вклинення кошика Дорміа з конкрементом в дистальний відділ загальної жовчної протоки або його відірв є показом до невідкладної холедохолітомії.
- Факторами ризику виникнення рецидивного холедохолітазу є: неповноцінна літоекстракція під час первинного втручання, парафатеральні дивертикули, тотальна або неадекватна папілофінктеротомія та дилатація жовчних протоків більше 20 мм.
- Обов'язковим елементом ендоскопічного втручання у хворих з стенозуючим папілітом є прицільна пошарова біопсія найбільш змінених ділянок слизової ампули великого сосочка дванадцятипалої кишки з 3 позицій та контрольні ЕРПХГ з біопсією через 3, 6, 12, та 24 місяці після виконання папілотомії, з метою своєчасної діагностики ретензи та ідентифікації його генезу.

Література

- Балаыкин А.С., Снегирев Ю.В., Гвоздик В.В. с соавт. (2006) Эндоскопическая папиллотомия и холангиолитиаз — доступы, принципы, эффективность. Клин. эндоскопия. 2; 8: 13-19
- Борисов А.Е. (2003) Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. 2: 560
- Branch S. (2000) ERCP-induced pancreatitis. Gastroenterol. 3; 5: 363-370
- Maydeo A., Borkar D. (2003) Techniques of selective cannulation and sphincterotomy. Endoscopy. 35; 1: 19-23
- Robison L.S., Varadarajulu S., Wilcox C.M. (2007) Safety and success of precut biliary sphincterotomy. Is it linked to experience or expertise? World J. Gastroenterol. 13; 15: 2183-2186

университета на базе хирургических отделений Запорожской городской клинической больницы скорой и экстренной медицинской помощи. Неинфицированный ПЗ имел место у 29 (34,9%), инфицированный ПЗ — у 54 (65,1%).

Мужчин было 53, женщин — 30. Возраст пациентов колебался от 22 до 82 лет, в среднем — (50,00±1,42) года. Лапаротомному дренированию брюшной полости подверглось 44 пациента, получавших лечение согласно традиционным схемам и способом в период с 2001 по 2003 гг. (контрольная группа). Лапароскопическое дренирование брюшной полости было выполнено 39 больным, лечившимся с применением миниинвазивных технологий в период с 2007 по 2011 гг. (основная группа).

В обеих группах преобладали мужчины (в основной группе — 55,1%, в контрольной — 56,8%). Наибольшую долю (33,3%) в основной группе составили мужчины в возрасте от 25 до 45 лет. Аналогичная доля (27,3%) контрольной группы была представлена лицами того же пола в возрасте от 25 до 45 лет. Средний возраст в I группе составил (48,84±1,89), во II группе — (51,82±2,12) года (p<0,05). Пациенты обеих групп сопоставимы по полу, возрасту, основному заболеванию и сопутствующей патологии.

ЛС проводилась лапароскопом системы Hopkins фирмы Storz (Германия). Лапароскопическое дренирование брюшной полости при ОП преследовало своей целью обеспечение адекватного оттока патологической жидкости и создание путей введения лекарственных средств. Дренирование брюшной полости проводили из 1-5 точек. Дренажная трубка вводилась через футляр троакара для лапароскопа и через отдельные проколы в области наибольшего скопления жидкости под контролем лапароскопа. Лапароскопическая установка дренажа к сальниковому отверстию проходила при помощи полого манипулятора оригинальной конструкции. Визуальным маркером месторасположения трубчатого дренажа служила шейка желчного пузыря.

Результаты

Продолжительность стояния дренажей в брюшной полости определялась объемом выделяющейся жидкости и динамикой выделения (табл. 1). Характер экссудата зависел от степени тяжести и формы ОП. Сравнительная характеристика результатов дренирования брюшной полости у пациентов основной и контрольной групп приводится ниже в таблице 2.

Обсуждение

Выявлена тесная разнонаправленная взаимосвязь между степенью тяжести ОП, который достоверно детерминировал как временной интервал постановки дренажа, объемом выделяющейся жидкости. Так, для пациентов с инфицированным ПЗ, регистрировалось значимое повышение как объема экссудата (более 80 мл), так и необходимости в пролонгировании дренирования брюшной полости. При неинфицированном ПЗ, напротив, отмечался существенный регресс указанных показателей.

Проанализированы указанные параметры в зависимости от вида лечения. Полученные данные ассоциации динамики 24-часового экссудата в зависимости от длительности стояния дренажей у пациентов с различными формами ОП статистически

Таблица 2. Результаты дренирования брюшной полости при различных формах ОП

Способ дренирования	Показатель	Форма ОП	
		Неинфицированный ПЗ	Инфицированный ПЗ
Лапароскопический (n=39)	Среднесуточный объем выделяющейся жидкости (мл)	58,8±12,2	138,3±60,0
	Длительность стояния дренажей (сут.)	9,3±3,2	13,0±1,4
Лапаротомный (n=44)	Среднесуточный объем выделяющейся жидкости (мл)	90,0±23,5	115,8±25,2
	Длительность стояния дренажей (сут.)	10,2±2,0	26,9±4,2

* — статистически значимые различия p<0,05 при сравнении показателей при лапаротомном способе дренирования брюшной полости.