

Для ліквідації ускладнень перфоративної встановлювали ендобіліарний стент, проводили зонд за зв'язку Трейца для ентерального 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 резанцію 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 Оттодог 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 печёчно-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 составляла 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

1. 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.
2. У 70% пацієнтів кровотеча після ЕПСТ зупиняється спонтанно на фоні консервативної терапії і лише у 30% випадків потребує виконання ендоскопічного гемостазу.
3. Причиною 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.
4. Вклинення кошика Дорміа з конкрементом в дистальний відділ загальної жовчної протоки або його відрив є показом до невідкладної холедохолітомії.
5. 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.
6. 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

1. Балаыкин А.С., Снегирев Ю.В., Гвоздик В.В. с соавт. (2006) Эндоскопическая папилотомия и холангиолитиаз — доступы, принципы, эффективность. Клин. эндоскопия. 2; 8: 13-19
2. Борисов А.Е. (2003) Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. 2: 560
3. Branch S. (2000) ERCP-induced pancreatitis. Gastroenterol. 3; 5: 363-370
4. Mayo A., Borkar D. (2003) Techniques of selective cannulation and sphincterotomy. Endoscopy. 35; 1: 19-23
5. 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.

значимо свідетельствували о достовірному впливанні вида хірургічного втручання на результати дренирування брюшної порожнини. Так, при лапароскопічному дренируванні удавалось досягти більшого виведення рідини при меншій тривалості інвазивної процедури дренирування.

Таким образом, лечебная ЛС позволяет эвакуировать токсический экссудат из брюшной полости, санировать её, оценить степень локальных изменений ПЖ и является «стартовой» точкой в визуальной оценке динамики морфологических изменений в самой железе и в брюшной полости.

#### Литература

- Гетелин С.А., Мищенко Н.В., Петров С.Р. (2003) Применение лапароскопии в диагностике и лечении острого панкреатита. *Клінічна хірургія*. 1: 15-16

- Грубник В.В., Андриевский П.Н., Грубник Ю.В. (2003) Лапароскопические операции у больных острым панкреатитом. *Клінічна хірургія*. 1: 17
- Дарвин В.В., Онщенко С.В., Ильконович А.Я. (2009) Мининвазивные технологии в лечении острого панкреатита. *Хірургія*. 1: 29-32
- Колчак В.М., Хомяк І.В., Колчак К.В. (2008) Лямбодомічна відеоконтрольована санация заочеревинного простору у хворих на гострий панкреатит. *Клінічна хірургія*. 9: 23-26
- Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Шалаева Т.И. с соавт. (2009) Лапароскопическое дренирование брюшной полости при стерильном деструктивном панкреатите. *Хірургія*. 8: 29-33
- Сажин А.П., Авдovenko А.П., Юрицев В.А. (2002) Лапароскопическая диагностика и лечение острого панкреатита. *Хірургія*. 11: 34-37
- Вин А., Agarwal N., Pichimoni C.S. (2011) Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis. *J. Clin. Gastroenterol.* 45; 7: 614-625
- Chen K.Y., Xiang G.A., Wang H.N. (2007) Laparoscopy and digital subtraction angiography in the treatment of severe acute pancreatitis. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 45; 11: 750-752
- Sachin V.W., Roy V.P., Mathur S.K. (2011) minimally invasive approach to pancreatic necrosectomy. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 21; 2: 131-136

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

Разумейко И.В., Тофан А.В., Бойко Г.С., Кротевич М.С., Кузьменко А.П.

Отделение эндоскопической диагностики, Национальный институт рака, Киев, Украина

#### Введение

Неходжкинские лимфомы (НХЛ) — клональные заболевания лимфоидной ткани, возникающие из лимфатических клеток разного уровня дифференцировки, имеющие различную степень злокачественности и локализацию. НХЛ составляют около 5% от всех злокачественных новообразований человека. По данным разных авторов [1,2,13] желудочно-кишечный тракт поражается с наибольшей частотой (15-24%), что составляет 30-45% от всех экстрадуральных НХЛ. В последние годы отмечается снижение заболеваемости раком желудка, а НХЛ имеют неизменную тенденцию к росту [1,2,9,10]. Во многих странах, в том числе и в Украине, заболеваемость НХЛ за последние два десятилетия увеличилась более чем на 50%, что можно связать, как с улучшением диагностики, так и с воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды [1,2,9,10,13]. В связи с отсутствием четких патогномоничных эндоскопических признаков НХЛ желудка, диагностика только на основании эндоскопической семиотики в большинстве случаев сложна и требует многократного забора биопсийного материала.

В последние годы широко применяются иммуногистохимические исследования для диагностики злокачественных опухолей в том числе и лимфом [3-5,11]. Иммуногистохимическое исследование (ИГХИ) — метод микроскопического исследования тканей, обеспечивающий наиболее специфическое выявление в них искомого вещества и основанный на обработке срезов маркированными специфическими антителами к выявляемому веществу, которое в данной ситуации служит антигеном; позволяет идентифицировать клетки различных типов по их уникальным маркерным признакам а также изучить синтетические и секреторные процессы в клетке.

Для лимфомных клеток характерны следующие маркеры: мембранные иммуноглобулины, CD5, CD10, CD19, CD20, CD22, CD79a, CD23, Bcl2. Эти маркеры используются для верификации диагноза лимфомы, дифференциальной диагностики ее с раком, установления типа лимфомы. Основываясь на этом методе, в 2008 году ВОЗ была предложена классификация лимфом [13].

В желудке встречаются следующие типы НХЛ:

- диффузная В-крупноклеточная лимфома;
- лимфома зоны мантии;
- лимфома Беркитта;
- MALT-лимфома;
- фолликулярная лимфома.

Первые три типа лимфом (диффузная В-крупноклеточная лимфома, лимфома зоны мантии, лимфома Беркитта) наблюдаются чаще в молодом и среднем возрасте; их течение носит агрессивный характер, что требует проведения полихимиотерапии (ПХТ). В подобных случаях необходим постоянный эндоскопический мониторинг в процессе лечения пациентов, что бы при отсутствии или незначительном терапевтическом эффекте вовремя изменить схему ПХТ. MALT — лимфомы или фолликулярные лимфомы, являющиеся индолентными, наблюдаются у пожилых пациентов; их возникновение связано с наличием *Helicobacter pylori* [4,5-8,12]. Клинические проявления НХЛ желудка незначительны и носят торпидный характер.

**Цель работы** — установить взаимосвязь между эндоскопической картиной НХЛ желудка и ее иммуногистохимическим вариантом.

#### Материалы и методы

В отделении эндоскопической диагностики Национального института рака МОЗ Украины НХЛ диагностирована у 267 больных в период с 2000 по 2011 г. Из этого числа

Таблица 1. Эндоскопические формы НХЛ желудка

Эндоскопическая картина	N	%
Экзофитная	2	3,4
Язвенная	19	34
Инфильтративная	8	14,2
Язвенно-инфильтративная	25	45
Смешанная	2	3,4
<b>Всего</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

больших иммуногистохимические исследования были выполнены у 56 (21%) пациентов. Эндоскопические исследования проводились видеогастроскопами «Fujinon» и фиброгастроскопами «Olympus».

В исследуемой группе было 31 мужчин (55%) и 25 женщин (45%), возраст варьировал от 30 до 75 лет. Средний возраст составил 58 лет. Мы использовали эндоскопическую классификацию НХЛ по Поддубному Б.К., Машаловому А.А. [5,6], в своей модификации:

- экзофитная;
- язвенная;
- инфильтративная;
- язвенно-инфильтративная;
- смешанная.

#### Результаты исследования

Эндоскопическая диагностика у пациентов показала, что преимущественно НХЛ локализовались в дистальном отделе и теле желудка. Из данных, представленных в таблице 1 видно, что наиболее часто встречаются язвенно-инфильтративная и язвенная формы НХЛ желудка. У всех обследованных больных диагнозы НХЛ гистологически верифицированы на основании изучения биопсийного материала. Однако только в 25% наблюдений морфологическая верификация была получена при изучении биопсийного материала, взятого при первом эндоскопическом исследовании. У 75% больных НХЛ была подтверждена морфологически на основании изучения биопсийного материала, полученного при повторных, во многих случаях, многократных эндоскопиях. Применение иммуногистохимического исследования даже при небольшом, раздробленном биоптате дает возможность установить правильный диагноз.

Установлено, что при диффузной В-крупноклеточной лимфоме эндоскопически выявлялась язвенная и язвенно-инфильтративная форма у 50% пациентов. При лимфомах зоны

Таблица 2. Иммуногистохимические типы НХЛ желудка

Диагноз на основании иммуногистохимического исследования	N	%
Диффузная В-крупноклеточная лимфома	8	14,3
Лимфома зоны мантии	1	1,8
Лимфома Беркитта	1	1,8
MALT — лимфома	44	78,5
Фолликулярная лимфома	2	3,6
<b>Всего</b>	<b>56</b>	<b>100</b>



Рис. 1

Язвенная форма НХЛ антрального отдела желудка (язвенный дефект неправильной формы, расположен на большой кривизне, при щипцовой пальпации ткань плотная, при взятии биопсии щипцы скользят по поверхности образования), при ИГХИ — диффузная В-крупноклеточная лимфома.

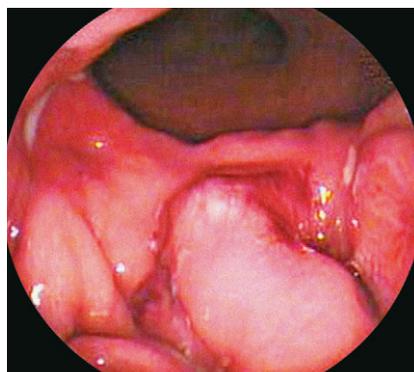


Рис. 2

Язвенно-инфильтративная форма НХЛ n/3 тела желудка (2 язвенных дефекта по передней и задней стенках, по большой кривизне—инфильтрация слизистой, при щипцовой пальпации и биопсии ткань в области язв плотная, в области инфильтрации—рыхлая, легко отрывается), при ИГХИ—MALT-лимфома.

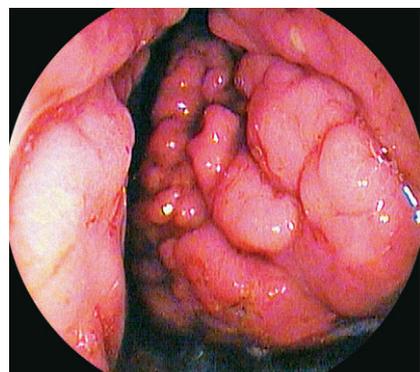


Рис. 3

Инфильтративная форма НХЛ тела желудка (при щипцовой пальпации стенка желудка малоподвижна, при биопсии слизистая плохо тянется за щипцами, легко отрывается), при ИГХИ—MALT-лимфома.