

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ТОЩЕЙ КИШКИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лаврик А.С., Манойло Н.В., Доскуч О.А.

Национальный институт хирургии и трансплантологии НАМН Украины им. А.А. Шалимова, Киев

Введение

Сосудистая мальформация представляет собой неправильное строение или соединение артерий и вен. Она включает мальформацию нормальных вен (венозная мальформация) или артерий напрямую переходящих в вены (артериовенозная мальформация или АВМ). Сосудистые аномалии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) известны в литературе под разными названиями: телеангиэктазии, ангиодисплазии, артериовенозные аномалии, сосудистые эктазии, сосудистые мальформации, сосудистые аномалии [Буянов В.М., 1978; De Dios Vega J. et al., 1980, Richardson J. et al., 1978]. В литературе встречаются единичные и малочисленные сообщения о данной патологии: Jun Cui и соавт. (China, 2011) — 10 пациентов; Adriana Handra-Luca и соавт. (France, 2011) — 15; Mou-Bin Lin и соавт. (2008) — 56; Voley и соавт. (1979) — 3 пациента; Richardson и соавт. (1978) — 38 больных. Патология чаще всего проявляется кровотечениями в просвет ЖКТ, различной интенсивности. Диагностика АВМ в ЖКТ представляет значительные трудности, наряду с традиционными методами эндоскопии применяют ангиографию, скintiграфию с мечеными эритроцитами, однако эти методы инвазивны, трудоемки и дают ожидаемые результаты лишь в 40-80% случаев. В последние годы для диагностики патологии тонкого кишечника появилась возможность применения капсульной эндоскопии.

Материалы и методы

В НИХТ им. А.А. Шалимова на лечении находилось 7 пациентов с АВМ ЖКТ. Случай АВМ тощей кишки: пациент Л., 1984 г.р., поступил 20.12.12 г. в клинику института в удовлетворительном состоянии, с жалобами на периодические боли, дискомфорт в эпигастрии, периодическое снижение (в среднем 2 раза в год) гемоглобина в крови (максимально до 65 г/л), сопровождающееся бледностью кожных покровов, общей слабостью, головокружением. Считает себя больным с 1998 года, когда впервые было выявлено снижение уровня гемоглобина. Неоднократно, обследовался клинически, лабораторно и эндоскопически. Был установлен диагноз: Хронический эрозивный гастродуоденит. Хроническая железодефицитная анемия. 25/10-2012 пациент обратился в

Институт гастроэнтерологии (Днепропетровск), где выполнена капсульная видеоскопия с применением системы *Micro-Cam* (Корея), при которой выявлено наличие сосудистых новообразований проксимальной части тонкой кишки (участки слизистой синошного цвета, выступающие над поверхностью) и заподозрена АВМ, по поводу чего больной был направлен на консультацию для определения тактики лечения в НИХТ. В клинике обследован: УЗИ ОБП — в левом фланке брюшной полости определяется петля тонкой кишки с утолщенными до 9 мм стенками на протяжении 16 см. При рентгенологическом исследовании тонкой кишки на расстоянии 50-70 см от связки Трейца определяется сегмент тощей кишки длиной 15 см с неравномерным просветом, с неравномерно утолщенным рельефом слизистой в виде “подушечек”, края кишки неровные, изъеденные. Больному предложено оперативное лечение. 26/12-2012 выполнена операция: при ревизию на расстоянии 60 см от дуодено-еюнального перехода определяется участок кишки в виде полнокровной кавернозной гемангиомы протяженностью 15 см, сосуды брыжейки этого участка кишки имеют нормальное строение. Изменений в других отделах кишечника не выявлено. Выполнена резекция петли тощей кишки с мальформацией, сформирован энтеро-энтеронастомоз “конец в конец”. Макропрепарат на разрезе — стенка кишки представлена легкоранними тонкостенными сосудистыми лакунами заполненными жидкой кровью. Патоморфологическое заключение — сосудистая мальформация с преобладанием венозного компонента. Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей. Пациент 03/01-2013 выписан из отделения в удовлетворительном состоянии.

Выводы

АВМ тонкой кишки сложная для диагностики патология с потенциально опасными для жизни пациента осложнениями в виде профузных кровотечений. Капсульная видеоскопия — эффективный метод диагностики, при локализации патологических процессов в тонкой кишке. Хирургическое вмешательство с удалением пораженного участка кишки является эффективным методом лечения сосудистых мальформаций тонкого кишечника.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ

Литвиненко А.Н., Черный В.В., Гулько О.Н., Лукеча И.И.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, Киев

Введение

В современной хирургии отмечается постоянный и закономерный рост количества эндовидеохирургических операций, в том числе и при патологии надпочечников. Причинами такого широкого внедрения оперативных вмешательств на основе малоинвазивных технологий являются их малая травматичность и высокая эффективность.

Об успешном выполнении лапароскопической адреналэктомии у пациента с синдромом Кушинга впервые доложил Gagner M. в 1992 г. [5]. Это стало началом популяризации этого метода среди хирургов-эндокринологов. На сегодняшний день лапароскопическая адреналэктомия (ЛА) рассматривается как “золотой стандарт” лечения пациентов с доброкачественными гормонально активными и небольшими доброкачественными негормонпродуцирующими заболеваниями надпочечных желез. Возможность применения ЛА при злокачественных новообразованиях надпочечников до сих пор дискутируется [12-14]. Описано большое число наблюдений выполнения ЛА, где результаты лечения, послеоперационное пребывание в стационаре, косметический эффект превосходят результаты лечения, выполненных из открытых доступов. Этот положительный опыт вдохновил многих хирургов либерализовать часть критериев отбора пациентов для эндовидеохирургических операций в сторону расширения показаний выполнения ЛА при больших, потенциально злокачественных и метастатических поражениях надпочечных желез [3].

К настоящему времени описаны различные лапароскопические доступы к надпочечникам при этом, большинством хирургов преимуществу отдается боковым трансперитонеальным доступам, при которых пациент укладывается в положение лежа на правом или левом боку. Передний трансперитонеальный доступ, при котором пациент уложен в положение на спине, используется относительно редко, так как он требует широкой мобилизации селезеночного угла толстой кишки реже. Кроме трансперитонеального, разработан задний ретроперитонеальный эндоскопический доступ, который используется у пациентов, ранее оперированных на органах брюшной полости. Несмотря на множество литературных источников, в которых обсуждается преимущества того или иного доступа к надпочечниковым железам, единого мнения в выборе доступа нет, а трактовка преимуществ и недостатков различных доступов порой диаметрально противоположны.

Целью нашего исследования является изучение результатов лечения пациентов с заболеваниями надпочечников, которым выполнена лапароскопическая адреналэктомия с бокового латерального трансабдоминального доступа.

Материалы и методы

В период 2002-2012 гг. в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова было выполнено 94 лапароскопических адреналэктомии при различных заболеваниях надпочечников. Клиническая характеристика группы пациентов и структура эндокринной патологии представлена в таблице 1. Различные клиники определяют показания к лапароскопической адреналэктомии с некоторыми отличиями, но, в общем, эти показания сходны.

Мы руководствовались показаниями для лапароскопической адреналэктомии по Барреси и Принцу:

- синдром Кушинга, обусловленный наличием доброкачественной кортизол-продуцирующей аденомы;
- болезнь Кушинга при неэффективности любых других методов терапии;
- альдостерон-продуцирующая аденома надпочечника (синдром Конна);
- доброкачественная феохромоцитом надпочечника;
- нефункциональные аденомы надпочечников или другие опухоли, при которых показана адреналэктомия (размер более 2 см или постоянный рост);
- доброкачественные патологические образования, проявляющиеся определенными симптомами.

Больным в обязательном порядке проводили биохимическое исследование крови и определение уровня гормонов крови (кортизол, альдостерон, адренкортикотропный гормон, ренин активный, альдостерон-рениновое соотношение). Больные с гормонально активными опухолями проходили предоперационный курс лечения. При синдроме адреногиперкортицизма проводилась метаболическая терапия сердечной недостаточности, лечение артериальной гипертензии. С целью ускорения перестройки обмена веществ назначали антагонисты альдостерона (верошпирон). Больным с синдромом минералкортицизма проводили коррекцию гипокалиемии, гипернатриемии и недыхательного алкалоза (верошпирон, аспаркам, панангин) и купирование артериальной гипертензии блокаторами АПФ (каптоприл, эналаприл). У больных с феохромоцитомой купировали артериальную гипертензию альфа-адреномиметиками и коррекцию нарушений сердечного ритма с помощью бета блокаторов. Степень подготовки больных к операции оценивали с помощью критериев M. Roizen (отсутствие подъема артериального давления выше 160/90 мм рт. ст., в течение 48 часов; на ЭКГ не более одной экстрасистолы в течение 5 минут; возможность ортостатической гипотензии но не ниже 80/45 мм рт. ст. в положении стоя).

Все больные были оперированы лапароскопически с трансперитонеального латерального доступа. Операции выполнены под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией лёгких, при этом интубацию больных выполняли в положении лежа на спине, после этого больного укладывали на бок. Перед операцией больной помещался на операционном столе в латеральную позицию с “переломом” поясничной области углом книзу. Эта позиция способствует пассивному смещению печени или селезенки крестчатого блока медиально. Хирург и первый ассистент находятся со стороны живота больного, второй ассистент — со стороны спины, операционная сестра и инструментальный стол — со стороны ножного конца стола. При выполнении левосторонней адреналэктомии, в большинстве случаев, мы используем три троакара, а для правосторонней понадобится введение дополнительного 10-миллиметрового порта для ретрактора, поднимающего правую долю печени вверх.

Левосторонняя и правосторонняя ЛА имеют отдельные технические особенности. Так левосторонней лапароскопической адреналэктомии предшествует мобилизация селезеночной подвешивающей связки книзу и медиально, чтобы открыть доступ к нижнему

Таблица 1. Клиническая характеристика больных

| | |
|-----------------------|--------------|
| Мужчины | 35 |
| Женщины | 59 |
| Средний возраст, лет | 49,3 (20-69) |
| Размер опухоли, см | 3,8 (2-7) |
| Сторона | |
| Справа, число (%) | 39 (42,9%) |
| Слева, число (%) | 55 (57,1%) |
| Показания | |
| Аденома | 28 |
| Фиброма | 5 |
| Феохромоцитом | 14 |
| Альдостерома | 19 |
| Адренкортикальный рак | 3 |
| Кортикостерома | 21 |
| Киста надпочечника | 4 |