

КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ ГІСТОЛОГІЧНИМИ ЗАКЛЮЧЕННЯМИ ШИПЦЕВОЇ БІОПСІ ТА МАТЕРІАЛУ МАКРОПРЕПАРАТУ

Лазарчук В.М.

Рівненська обласна клінічна лікарня, м. Рівне, Україна

Вступ. В останні роки відмічається зростання захворюваності раком товстого кишківника (КРР) в розвинутих країнах світу. Ось чому дуже важлива рання діагностика. В теперішній час ендоскопічні методи діагностики є високоефективними. Частоту КРР можна знизити шляхом виявлення та лікування захворювань прекурсорів на доклінічній стадії. При цьому колоноскопія (КС) є «золотим стандартом». Морфологічне дослідження виявлених уражень дає змогу зробити вибір між невтручанням, ендоскопічною резекцією і хірургічним втручанням. Роль КС в попередженні КРР спирається на два аспекти: по-перше, це діагностика передракових захворювань та раку ТК на ранніх операбельних стадіях; по-друге, використання КС з лікувальною метою яка передбачає можливість безпечної ендоскопічної резекції/дисекції передракових утворень та поверхневих раків без інвазії в підслизовий шар. Вибір правильного методу лікування підтверджується результатами патогістологічного дослідження. Стратегія встановлення ендоскопічного діагнозу з прогнозуванням патогістологічного ґрунтується на ендоскопії з високою роздільною здатністю в комбінації із хромоскопією та багаторазовим збільшенням. Зовнішній вигляд пошкоджень корелює із морфологічними змінами. Перед отриманням патологічного заключення потрібно класифікувати зовнішній вигляд ураження ендоскопічно. Така дифіагностика неопластичних і неопластичних уражень, а також ранніх випадків карциноми достатньо складна. S. Kudo запропонував методик ендоскопічної діагностики можливої морфологічної будови ураження на основі ямкового малюнка залоз. Вона допомагає розрізнити гіперпластичні ураження, аденоми і ракові утвори в ТК. Але ендоскопічна діагностика не може замінити морфологічну. Особливо, коли потрібно визначити ступень неоплазії. Проблема виявлення уражень слизової оболонки ТК повністю залежить від лікаря-ендоскопіста. Але точність діагностики та вибір методу лікування залежить від патоморфолога.

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз діагностичної цінності морфологічних методів діагностики в кореляції з ендоскопічними.

Матеріали і методи. Ендоскопія ТК була проведена колоноскопом *EC-450ZW 5/L («Fujinon», Японія)*. Дане дослідження ґрунтується на аналізі результатів КС, проведеної в 250 пацієнтів за період 2010–2014 років. Різниця по віку та статі між групами не було. Це були дві рівнозначні групи пацієнтів. Перша група — це хворі, в яких виявлені ураження були оглянуті із збільшенням після фарбування слизової, визначений тип росту та *pit* з наступним взяттям біопсії. Тактика лікування хворого була визначена після гістологічного дослідження біоптата. Друга група — це хворі, в яких виявлені ураження були огля-

нуті із збільшенням після фарбування слизової, визначений тип росту та *pit* з обов'язковим наступним видаленням і гістологічним дослідженням мікропрепарату. Критерії включення: хворі із ураженнями, виявленими під час КС. В обох групах хворих до взяття матеріалу був визначений тип ямкового малюнка на основі класифікації Куло. Визначення типу *pit* використовували для прогнозування вірогідної гістологічної будови. Всі хворі напередодні підписали інформаційну згоду на проведення КС, а хворі другої групи — інформаційну згоду на проведення КС та на виконання трансендоскопічної операції. Отже, діагностична КС у другій групі переходила в лікувальну. А в першій групі видалення ураження проводили після морфологічного дослідження.

Результати та обговорення. За даними шипцевої біопсії морфологічна будова ураження на основі ямкового малюнка відповідала в 42,4%. Результати дослідження макропрепарату — в 64% підтвердили дані шипцевої біопсії. Принципова різниця між першою та другою групою полягала в тому, що після проведення діагностичної КС в першій групі необхідно було планувати другий-лікувальний етап через певний час. Це суттєво подовжувало строки викування хворих. А в другій групі діагностична КС плавно переходила в лікувальну шляхом видалення ураження і таким чином скорочувався термін викування хворого та час перебування в стаціонарі. А після морфологічного дослідження всього видаленого ураження в другій групі ми ретроспективно оцінювали вибрану тактику. Звичай, вона була оправдана. У випадку виявлення ознак малігнізації видаленого ураження морфологи чітко описували ступінь інвазії, що визначало радикальність ендоскопічної операції та подальшу тактику ведення хворого, чи наступне оперативне втручання. Діагностична і лікувальна тактика при малігнізованих поліпах повинна визначатися ступенем інвазії та диференціації. Такі відомості можна отримати тільки при тотальному дослідженні видаленого ураження, що ми і робили в другій групі. Саме тому, якщо відсутні протипоказання, повинна бути проведена трансендоскопічна операція.

Ендоскопи із високою роздільною здатністю дозволяють розробити стратегію постановки ендоскопічного діагнозу з прогнозуванням гістологічного характеру ураження. Така оцінка дає можливість поставити правильний попередній діагноз новоутворам в момент огляду ТК і одразу визначитися з подальшою тактикою лікування.

Висновки. Ендоскопічне видалення ураження ТК під час його виявлення може бути радикальним та економічно вигідним за умови правильного передавання морфології (тип *pit*) та патоморфологічного підтвердження всього видаленого ураження.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ОДНОПОРТОВА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ. ПЕРШИЙ ДОСВІД

Литвиненко О.М., Лукуча І.І.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ, Україна

Вступ. Ера відеоскопічної хірургії, знаходиться в періоді розквіту, вона стає стандартом лікування в більшості абдомінальної та газової патології і широко застосовується сьогодні. Одним з передових напрямків розвитку лапароскопічної хірургії є розробка та впровадження методик направлених на мінімізацію травматичності та досягнення ще більш вираженого косметичного ефекту, це все дозволяє отримати — однопортова лапароскопічна хірургія (SILS, OPUS, LESSS, SPLS). Однопортова лапароскопічна холецистектомія (ОПЛХ) отримує визнання серед хірургів, оскільки вона відповідає сучасним вимогам — мінімальна травматизація та вираженість больового синдрому, виражений косметичний ефект (розріз шкіри 2,0–2,5 см в області пупка).

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз стандартної лапароскопічної холецистектомії та однопортової лапароскопічної холецистектомії.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження 50 (100%) пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом, яким було виконано оперативні втручання в об'ємі лапароскопічної холецистектомії з використанням однопортової лапароскопічної техніки — 16 пацієнтів та з застосування стандартної лапароскопічної техніки — 34 пацієнта. Всі хворі співставили за віком та статтю. Середній вік склав 41±6,5 років, середній

показник маси тіла (ІМТ) — 30,2 кг/м². Оперативні втручання виконувалися з використанням ендовідеохірургічного обладнання зі стандартним набором інструментів та набором інструментів і троакарів для однопортової хірургії.

Результати. Всім 100% пацієнтів успішно виконані оперативні втручання в об'ємі — холецистектомії. В 1 випадку, під час однопортової лапароскопічної холецистектомії, було встановлено додаткові троакари та виконано стандартну лапароскопічну холецистектомію, перехід був спричинений труднощами ідентифікації елементів трикутника Кало. Тривалість операції у пацієнтів яким виконувалась ОПЛХ — 63,0±1,3 проти 45,8±0,7 хв. Виразність післяопераційної болу був менший хворих з ОПЛХ, але статистично не достовірний та зникав прийомом стандартних анальгетиків. Тривалість перебування в стаціонарі пацієнти з ОПЛХ — 1,5±0,3 проти 2,5±0,5 днів. Післяопераційні ускладнення не відмічалися.

Висновки. Однопортова лапароскопічна холецистектомія в лікуванні доброякісної хронічної калькульозної холециститу є безпечною і ефективною альтернативою стандартній лапароскопічній холецистектомії та дозволяє отримати, у порівнянні з нею, більш виражений косметичний ефект та зменшити час перебування в стаціонарі.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОСКОПІЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Киев, Украина.

Применяемые в эндоскопии высокочастотные генераторы (ВЧГ) различных фирм имеют не стандартизированные параметры. Часто одинаковые функции имеют различные нестандартизированные названия у разных производителей. ВЧГ отличаются по их фактической мощности, которая может быть показана в ваттах или как последовательные числа. Электрохирургические генераторы, которые не показывают мощность в ваттах, могут отличаться по их фактической мощности при данной числовой установке, и выходная мощность не может измениться линейным способом. Высокочастотный переменный ток, идущий от генератора через инструмент к тканям, имеет в этом месте самую высокую плотность энергии. При этом самая высокая температура возникает в небольшой области, расположенной рядом с активным монополярным электродом. Повышение температуры в месте контакта инструмента с тканями зависит от силы и мощности подаваемого тока, площади соприкосновения электрода с тканью (у различных инструментов, одна разная), сопротивления ткани и продолжительности воздействия. Учитывая такое количество параметров невозможно заранее установить на электрохирургическом блоке необходимые показатели мощности тока подаваемой ВЧГ. Тип тока, который может генерироваться электрохирургическим блоком и который должен использоваться при эндоскопической резекции слизистой (EMR), да и при других эндоскопических вмешательствах — коагуляция, резание или смешанный режим (резание и коагуляция) — не до конца определены. Экспериментальные исследования показали, что все типы тока приводят к нагреванию ткани, но коагуляция приводит в большей степени к гемостазу, чем резание или смешанный режим. Однако глубина повреждения при коагуляции больше чем при остальных режимах. Режим резания при проведении EMR чаще заканчивается кровотечением без адекватного гемостаза, но глубина повреждения

при этом режиме наименьшая. Клинические испытания показали, что использование смешанного тока связано с большим количеством кровотечений непосредственно после полипэктомии, тогда как применение коагуляционного тока было связано с более высокой частотой отсроченных кровотечений. Следующая проблема, которая существует при проведении полипэктомии — это равновесие между электрохирургическим воздействием и силой механического сдавления тканей. Стандартизировать действие этих двух составляющих не представляется возможным. Понятно, что их действие должно использоваться одновременно. Считается, что электрохирургическое воздействие и механическое сдавление тканей должно быть непрерывным, как только полипэктомия началась. Нужно констатировать, что несмотря на широкое применение ВЧГ, эта область все еще мало понимается в гастроинтестинальной эндоскопии, в отличие от хирургии.

Цель работы. Определить оптимальный режим проведения EMR.

Материалы и методы. Ране нами в эксперименте на крысах-самцах были изучены патоморфологические изменения слизистой оболочки желудка при различных температурных режимах электрокоагуляции (ЭК). С 1.01.2004 года по 31.08.2013 года нами было выполнено 872 EMR по поводу поверхностных неоплазий желудка, двенадцатиперстной кишки и толстого кишечника. Вмешательства были выполнены пациентам в возрасте от 28 лет до 82 лет (средний возраст 69,3±7,51 года). На 1 пациента приходилось 1,1 образования. Эндоскопические исследования и операции выполняли видеондоскопами *EG-590ZW, EC-590ZW/L* с использованием системы *FUJINON EPX-4400* с функцией *FICE; GIF Q150, CF-150 «OLYMPUS»; EG-27-10, EC-3490TL* с использованием системы *PENTAX EPK-i7000* с функцией *i-Scan*, с применением специального набора инструментов фирм *«OLYMPUS»* (Япония) и *«MTW»* (Германия) для проведения EMR.

Результати і їх обговорення. В експерименті було виявлено, що в температурному режимі до 80°C альтеративні зміни слизової оболонки желудка мінімальні, а при збільшенні температури спостерігалася некроз слизової оболонки, ступінь якого збільшується з збільшенням температури. Найбільше виражені зміни виникали при ЕК в температурному режимі вище 80°C і в комбінації з ендоскопічною інжекційною терапією (ЕИТ). На основі отриманих експериментальних даних були визначені оптимальні режими проведення ЕК. При проведенні EMR в режимі коагуляції, особливо в толстому кишечнику, відзначалося виникнення великої зони пошкодження. Це побудило нас розробити новий спосіб її проведення. Після формування "гідроподушки" під основою новоутворення, визначалася оптимальна потужність коагуляції. Це здійснюється шляхом пробного впливу в течение 1 сек інструмента на тканину, з підвищенням потужності ВЧГ від мінімальної до оптимальної (появлення белесоватого кольору слизової оболонки). В експерименті це відповідає температурному режиму 60-70°C. Далі на ураження накладували петлю і поступово затягували до соприкосновения на несколько секунд, механічески вытесняя раствор из участка резекции, а затем проводили его отсечение в режиме коагуляции.

В желудке было выполнено 688 EMR с образованиями размерами от 6 мм до 40 мм, в толстом кишечнике — 184 EMR с образованиями размерами от 6 мм до 35 мм, и в двенадцатиперстной кишке у 6 с образованиями размерами от 8 мм до 20 мм. В полном

объеме были выполнены все EMR, как в желудке, двенадцатиперстной кишке, так и в толстом кишечнике. При размере образований до 20 мм применялась обычная техника вмешательства. У 14 пациентов с неоплазиями до 40 мм в желудке и 12 до 35 мм в толстом кишечнике с помощью петли Кудо были выполнены EMR в полном объеме. Интраоперационные осложнения — кровотечения, имели место при выполнении EMR у 21 из 291 (7,2%) пациента, которым EMR выполнялось обычным способом. Все кровотечения остановлены эндоскопически. Из 397 пациентов, которым EMR выполняли разработанным способом — кровотечений не было. Осложнений в послеоперационном периоде — не было.

Выводы. При удалении новообразований на широком основании и формировании "гидроподушки", в процессе воздействия может наступить неуправляемый процесс — ткани высыхают, резко повышается их сопротивление и как следствие возрастает температура воздействия вплоть до выпоризации тканей и как следствие увеличивается глубина и ширина повреждения. Этот процесс становится более управляемым, если подаваемая мощность определяет методом пробы у каждого пациента индивидуально с последующим механическим вытеснением жидкости, а проведении EMR с предварительным механическим вытеснением раствора из участка резекции делает это вмешательство более управляемым, предохраняет от развития термических осложнений и кровотечения.

ПУХЛИНА ГОРТАНОГЛОТКИ ТА ЇЇ ЕНДОСКОПІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ

Нікішаєв В.І., Садовий В.Ю., Гребенюк Ю.С., Болотських М.О.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Київська дорожня клінічна лікарня №2, м. Київ, Україна

З доброякісних пухлин гортаноглотки найбільш частіше зустрічаються папіломи, дещо рідше — гемангіоми, рідко — новоутворення на кількох з м'язової тканини (лейоміоми, рабдоміоми), і зовсім рідко нервової та фіброми.

За даними Потапова І.І. (1960) фіброзні поліпи гортаноглотки і зовнішнього кільця гортані складають 0,9% по відношенню до всіх доброякісних пухлин глотки. Звичайно ці утворення мають повільний ріст і довгий час не турбують хворого, відповідно за таких умов вони досягають значних розмірів. Шапіро А.Л. (1974) наводить приклад фіброзного поліпозного утворення, яке знаходилося у хворої протягом 10 років і було виявлено під час блювання. Фіброми розвиваються зі сполучної тканини, ростуть повільно у вигляді рухомого утворення на ніжці, та можуть потрапляти в стравохід і в трахею, викликаючи нудоту, блювоту, спазматичний кашель і навіть іноді асфіксію. Пацієнти пред'являють характерні скарги на відчуття стороннього тіла, першіння в горлі, утруднення при ковтанні, відчуття «перекачування їжі через валик», підвищене виділення слини, кашель, зміна голосу і дихання. Чеккер Я.І. (1973) описує випадок що викликав утруднення дихання після вживання алкоголю під час блювотних рухів, коли поліп потрапив в ротову порожнину. У літературі є дані про хірургічне лікування як зовнішнім доступом фаринготомії з резекцією ділянки під'язикової кістки, так і ендонаральною доступом при прямій фарингоскопії.

З вище наведеної інформації виходить, що фіброзні поліпозні утворення рото-глотки зустрічаються дуже рідко і мають різноманітні клінічні прояви, що ускладнюють їх виявлення, і подальше лікування.

Наш випадок. Хвора С., 47 років, лікар. На протязі двох місяців відмічала періодично дисфагію середньої тяжкості під час ковтання на рівні верхнього стравохідного сфінктера, та зміну тембру голосу. 31 січня 2012 року, після зривування відчуда і побачила в порожнині рота стороннє тіло, що швидко зникло. На протязі двох місяців пацієнтка неодноразово зверталася за медичною допомогою. Були проведені численні огляди отоларингологами як в поліклініці так і в спеціалізованих закладах, що завершилися безрезультативно. Проведені інструментальні методи обстеження (езофагогастроудоденоскопія, бронхоскопія, рентген з контрастом, МРТ голови та ший, ларингоскопія) в ході чого була запідозрена кила шийного відділу хребта, яка спростована після консультації нейрохірурга. Хвора була направлена на консультацію до психоневролога, який пропонував їй госпіталізацію в психікарню. З часом пацієнтка відмічала прогресування дисфагії.

25.02.2013р., в КМК ЛШМД при ендоскопічному дослідженні виявлено, в просвіті стравоходу, відразу нижче верхнього стравохідного сфінктера наявне патологічне утворення овальної форми, діаметром 1,5 см., на широкій ніжці (рис 1). В подальшому стравохід без патологічних змін. При видаленні ендоскопа для більш докладнішого

обстеження ураженої ділянки, на попередньому місці розміщення, дане утворення виявлене. З'ясувалось те що при зривуванні пацієнтки, патологічний утвір перемістився в просвіт ротоглотки (рис 2 а,б). При огляді в ротоглотці наявне поліпозподібне патологічне утворення, на широкій довгій ніжці, що бере початок з правого боку надгортанника, фіксується широкою основою, яка займає 1/3 площі надгортанника. Верхівка утворення овальної форми, бугриста, біло-сірого забарвлення, шільна. З висновком ендоскопічного обстеження та відеофільмом, пацієнтка скерована в спеціалізоване отоларингологічне відділення, де після огляду відео при обстеженні не виявили наявності утворення, і відмовили в подальшому лікуванні.

На прохання пацієнтки, її було госпіталізовано в КМК ЛШМД для подальшого оперативного лікування. На операцію був запрошений отоларинголог (Гребенюк Ю.С.) з належним обладнанням.

26.02.2013р., під ендотрахеальним наркозом проведено оперативне втручання, яке було виконане в декілька технічних прийомів. Через паралельно зафіксований додатковий інструментальний канал заведено корзинку, захоплено та переведено в рото-глотку утворення (рис 3). По корзинці, що використовували як провідник (рис 4), на основу ніжки відступивши від надгортанника завели лігатуру, і затиснули ніжку (рис 5). В подальшому таким самим чином була заведена поліпектомічна петля, і встановлена вище лігатури (рис 6). Проведено видалення патологічного утворення, з кліпуванням ніжки поліпу (рис 7). Головною умовою проведення даного оперативного втручання, було мінімальне травмування надгортанника, так як він приймає участь в голосоутворенні.

Післяопераційний період протікав без ускладнень з вимогою до пацієнтки обмежити говоріння на протязі 5 діб. На п'яту добу проведено контрольний огляд. З'ясовано що в місці оперативного втручання наявна лігатура з невеликою підслизовою гематомою біля рани, поверхня післяопераційної рани вкрита білим нальотом, також відмічається незначний набряк гортані. Почала говорити, змін в голосі не відмічає. На 14 добу при контрольному огляді визначається незначний набряк надгортанника, після операційної рана вкрита білим нальотом.

Патогістологічне заключення: фіброзний поліп, з нерівним набряком стріми. Потовщенням набряклих білкових мас. Наявність судинного та жирового компоненту. В покриттєвому епітелії дистрофічно реактивні зміни у вигляді гіпер- та паракератоза, інтраепітеліальних кіст. Вогнищеві інтраопераційні крововиливи.

Висновки. Ендоскопісти повинні надавати допомогу своїм колегам, які не мають сучасного обладнання. При проведенні ЕГДС, огляд необхідно починати не з стравоходу, а з порожнини рото-глотки.

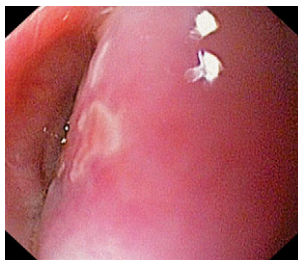


Рис. 1. Ендоскопічне утворення нижче верхнього стравохідного сфінктера.



Рис. 2. А: Ендоскопічне утворення перемістилося в рото глотку; В: Ендоскопічне утворення.

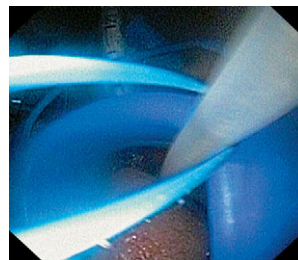


Рис. 4. Ендоскопічне використання корзинки в якості провідника.

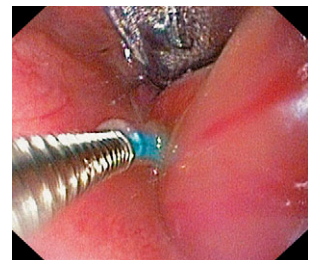


Рис. 5. Ендоскопічне заведення лігатури на основу ніжки утворення.

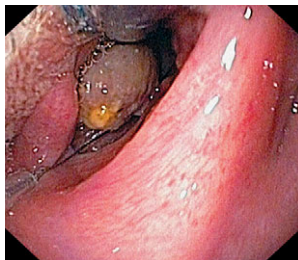


Рис. 3. Ендоскопічне утворення захоплене петлею і переведено в ротову порожнину.

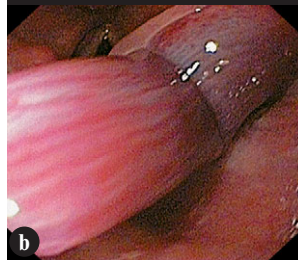


Рис. 6. Ендоскопічне заведення і встановлення поліпектомічної петлі.

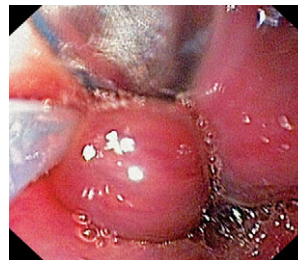


Рис. 7. Ендоскопічне кліпування ніжки утворення.

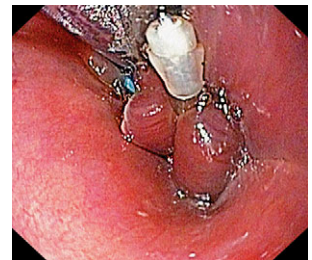


Рис. 7. Ендоскопічне кліпування ніжки утворення.