

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 спостерігався 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. Это побудило нас розробити новий спосіб її проведення. Після формування "гідроподушки" під основою новоутворення, визначалася оптимальна потужність коагуляції. Это 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 это відповідає температурному режиму 60-70°C. Зatem на ураження накладували петлю і поступово затягували до опору на несколько секунд, механічески витесняя рiст із частки резекції, а затем проводили його отсечение в режимі коагуляції.

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 формирования "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 несколько з м'язової тканини (лейоміоми, рабдоміоми), і зовсім рідко нервними 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 (езофагогастродуоденоскопія, 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.

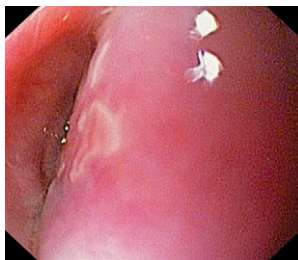


Рис. 1. Ендоскопічне утворення нижче верхнього стравохідного сфінктера.



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

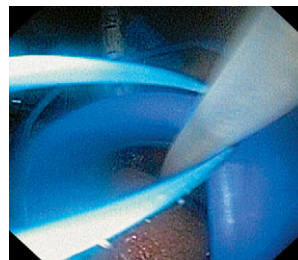


Рис. 4. Ендоскопічне використання корзинки в якості провідника.

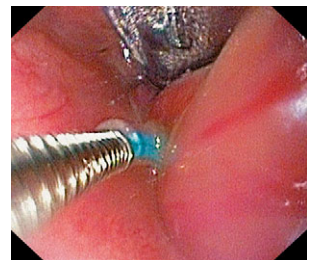


Рис. 5. Ендоскопічне заведення лігатури на основу ніжки утворення.

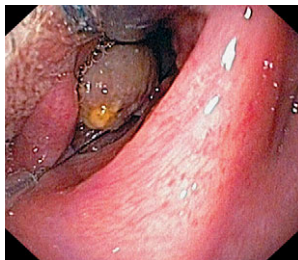


Рис. 3. Ендоскопічне утворення захоплене петлею і переведено в ротову порожнину.

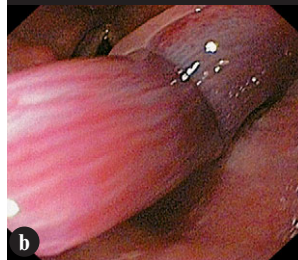


Рис. 6. Ендоскопічне заведення і встановлення поліпектомічної петлі.

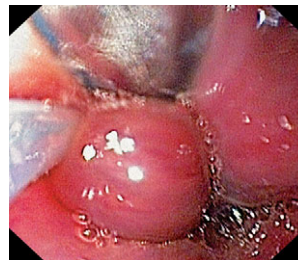


Рис. 7. Ендоскопічне кліпування ніжки утворення.

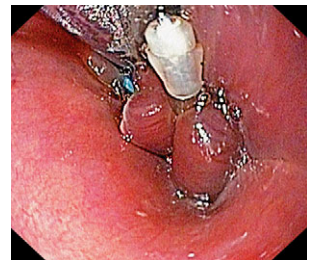


Рис. 7. Ендоскопічне кліпування ніжки утворення.