

Рис. 1.

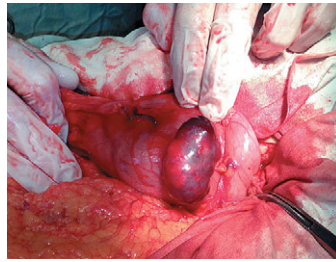


Рис. 2.

Цель работы. Поделиться опытом наблюдения и лейомиобластомы желудка, осложнившейся кровотечением.

Материалы и методы. Больной О. 54 лет был доставлен в клинику кафедры общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета 11.10.2014 года с желудочно-кишечным кровотечением средней степени тяжести. При поступлении вы-

полнена эзофагогастродуоденоскопия (*Olympus*, эндоскоп *GIF-Q150*) и щиповая биопсия (*Olympus, FB-24K-I*). Проводилась стандартная консервативная гемостатическая и заместительная терапия.

Результаты. В средней трети большой кривизны желудка обнаружено образование ярко-розового цвета неправильной формы $\approx 5 \times 7 \times 4$ см с гладкой блестящей поверхностью на широком основании. На возвышенной части образования имеются два язвенных кратера $\approx 0,6 \times 0,5$ глубиной до 0,3 см и $1,0 \times 0,6$ глубиной до 0,7 см. В обоих дно выплнено грязно-желтым фибрином и гематином (рисунок 1). Гистологическое заключение: хронический неатрофический гастрит с минимально выраженной воспалительно-клеточной инфильтрацией. Учитывая форму и размеры образования, мы воздержались от эндоскопического удаления. 20.10.2014 года выполнена лапаротомия, клиновидная резекция желудка. Интраоперационно установлено, что опухоль имеет вид песочных часов и оба ее сегмента, расположенные внутри и вне просвета желудка, имеют приблизительно одинаковую величину (рисунок 2). Гистологическое исследование удаленного образования: лейомиобластома желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан 05.11.2014 года.

Выводы.

1. Полиповидные образования желудка больших размеров могут сопровождаться ложноотрицательным результатом эндоскопической биопсии.
2. Для выбора адекватного метода их лечения необходимо определять конфигурацию опухоли по отношению к стенке желудка. При невозможности это сделать следует отдавать предпочтение открытым хирургическим вмешательствам.

ПАТОЛОГИЯ АНАСТОМОЗІВ. МОРФОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Гомоляко І.В., Бурий О.М., Ключкова Н.С.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова» НАМН України, м. Київ

Анастомоз є зоною ризику виникнення запальних процесів, виразок, стенозів, кровотеч, неспроможності або непрохідності, болювого синдрому та рецидивів новоутворень. В той же час морфологічні характеристики анастомозів досліджені недостатньо. **Метою роботи** є детальне дослідження морфологічних змін в області гастроентероанастомозів (ГЕА). Обстежено зону ГЕА у 233 пацієнтів з пострезекційними ускладненнями.

Шемізація тканин в області анастомозу, порушення і неповноцінність кровопостачання, венозного та лімфатичного дренажу впливає на структуру слизової оболонки (СО) і обумовлює особливості її реакції в умовах патології. Типовим є виражений поліморфізм СО, різні розміри і глибина залягання залоз, різна висота та товщина ворсинок, поліморфізм покривного епітелію, фіброзна деформація СО.

Ранні анастомозити перш годин після операції мають типову однорідну картину — осередки гострого та напівгострого запалення різної інтенсивності, дрібні осередки ішемічного некрозу. Пізні анастомозити (8–10 доба до 23 років) мають поліморфну картину з більшим ураженням СО шлунку. Для них характерним є виражений набряк власної пластинки СО на фоні фіброзної деформації, нерівномірність атрофічних та гіперпластичних реакцій залозових утворень. Диспластичні зміни епітелію мають епізодичний характер, але звертає на себе увагу наявність койлоцитарної атії епітелію, що не виключає вірусної природи запалення. Склад запального інфільтрату неспецифічний за виключенням вираженої еозинофілії в окремих випадках. Для ГЕА характерним є більш виражений дифузний запальний інфільтрат, часто з посиленою судинною реакцією.

Ерозії та виразки (24,3%) ГЕА як правило мають поверхневе розташування. Провокуючим фактором в значній частині випадків є *Helicobacter pylori*. Грануляційна тканина в складі виразок є багатою на судини, часто спостерігаються розширені синусоїдні капіляри, які можуть стати причиною кровотечі. Типовим є ріст грануляційної тканини без ознак фіброзування. Поряд із ерозіями і виразками можуть формуватись гіперпластичні реакції СО з формуванням поліпноїдної трансформації, аденоматозу, посиленням секреторної активності епітелію як прояв захисно-приспосабової реакції для захисту пошкодженої СО. Пряма залежність між розміром ерозії і інтенсивністю гіперплазії відсутня, але останній властива зворотність. В підслизовій основі таких ділянок спостерігали більш виражені, ніж звичайно, судинні розлади у вигляді ангіоматозу, лімфостазів та осередкову гіперплазію м'язової пластинки СО.

Аналогічні гіперпластичні зміни із сполученням атрофічних та гіперпластичних процесів, своєрідного анулярного склерозу виявляються як реакція на рефлюкс. За своєю вираженістю осередки гіперплазії можуть сприйматись як поліпи, але формування в зоні ГЕА істинних гіперпластичних поліпів спостерігається лише в 3,0–6,8%.

Рецидиви пухлин виявляються в області анастомозів або як сформовані неоплазії, або як ділянки тканинної атії з потовщенням епітеліального шару, посиленням псевдоагаторядності, значною кількістю мітозів, що можна розглядати як карциному *in situ*.

Характер морфологічних змін в області ГЕА потребує постійної спільної роботи ендоскопіста, морфолога і хірурга для своєчасного виявлення патології і лікування хворих в післяопераційному періоді.

ТРАНСАНАЛЬНА ЕНДОСКОПІЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Грубник В.В., Дегтяренко С.П., Воротынцева К.О.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Рак прямой кишки является распространенным заболеванием среди различных стран мира, занимаая 4–5% от общего количества рака и 40–50% от рака колоректальной локализации, с преимущественным поражением лиц пожилого возраста, мужчин, а также людей страдающих ожирением. Предшественником рака прямой кишки являются аденоматозные полипы с дисплазией слизистой 1–2 степени. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭМ) является минимальной инвазивной хирургической техникой, которая была разработана и предложена немецким хирургом Buess в 1980-х годах.

Целью данного исследования было изучение результатов и осложнений трансанальных эндоскопических микрохирургических операций при различных опухолях прямой кишки.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2015 года на базе Одесской областной клинической больницы было проведено сравнительное исследование, включающее 73 пациента которым были выполнены трансанальные эндоскопические микрохирургические операции. Всем пациентом перед операцией выполняли МРТ малого таза. При этом у 12 больных до операции был выявлен рак прямой кишки на ранних стадиях (Tis, 1–2N₀M₀), у 18 пациентов после операции по постоянным гистологическим препаратам была выявлена тубуловооросчатая аденома с малигнизацией (Tis, N₀M₀), и у остальных 43 пациентов были тубуловооросчатые аденомы прямой кишки. При выполнении самой операции использовались те же принципы что описал Buess. При этом у 4-х

больных после первичной операции, при контроле от 6 до 18 месяцев, образовались новые полипы, которые также были удалены с использованием ТЭМ операций.

Результаты. Средняя длительность операции составила 60 минут (от 15 до 240 мин.). Конверсия была выполнена у 2 пациентов из-за перфорации прямой кишки, при этом было выполнено ушивание перфорации с выведением сигмостомы. Дефект слизистой удалось восстановить у 24 пациентов после полной резекции опухоли, при этом осложнений не было ни в одном случае. Средняя длительность нахождения пациентов в стационаре составила 3,5 дня (от 2 до 14 дней). При наблюдении за 73 пациентами с аденомами в сроки от 12 до 60 месяцев было диагностировано 4 случая рецидива аденомы и 2 рака прямой кишки. Пациентам с Tis, 1–2N₀M₀ в послеоперационном периоде назначали лучевую терапию суммарной дозой 50 Грей.

Выводы. Операции ТЭМ являются эффективным радикальным методом лечения доброкачественных опухолей прямой кишки и тщательно отобранных небольших до T₂ аденокарцином, диаметром 3–4 см. Данные операции сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений, с сохранением качества жизни больных. При выполнении операций ТЭМ в отдаленные сроки количество рецидивов сопоставимо с результатами открытых операций. Однако необходимы дальнейшие исследования, посвященные данной проблеме для совершенствования техники данной операции с возможностью расширения показаний к их выполнению.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРОКСИМАЛЬНИМ СТЕНОЗОМ ЖОВЧЕВИДНИХ ШЛЯХІВ

Дзвонковський Т.М., Дзвонковська В.В.

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня. Івано-Франківський національний медичний університет

Своєчасна діагностика пухлин і рубцевої стриктури органів є однією з найважливіших проблем сучасної хірургії та онкології, що зумовлене високою (40–70%) частотою утворення пухлинного (рубцевого) стенозу жовчовивідних шляхів, трахеї.

Одним з мініінвазивних методів, що коригують і попереджують ускладнення основного захворювання, проте, не усувають пухлинний або рубцевий процес, є ендоскопічне стентування та балонна дилатація.

Мета роботи — оцінити особливості та ефективність ендоскопічного лікування хворих за наявності стенозу і стриктури проксимальних відділів жовчних шляхів з використанням балонних дилаторів та стентів різних модифікацій.

Матеріали та методи. В клініці за період з 2011 по 2014 р. дилатори та стенти різних фірми застосовувалися у 88 пацієнтів при пухлинних і запальних захворюваннях проксимальних відділів біліарної системи віком від 44 до 89 років, з них чоловіків — 65 (73,8%),

жінок — 23 (26,2%). Стентування виконували під загальним або в/в знеболюванням в рентген-ендоскопічній операційній. Під час встановлення стентів чи проведення дилатацій використали пряме рентгеноскопичне контролю в усіх випадках було обов'язковим.

Результати та їх обговорення. Завдяки проведенню балонної дилатації чи стентування в усіх хворих усунути порушення прохідності жовчівідних шляхів. Повне розкриття стента в стенозованій ділянці відбувалося протягом кількох діб. Після стентування з приводу стенозу дольових проток печінки в усіх спостереженнях зникла або суттєво зменшилася жовтяниця, явища холангіту та явища печінкової недостатності. Біліарне стентування необхідно здійснювати в найкоротший період після поступлення хворого в стаціонар та з максимальною точністю, враховуючи особливості конструкції пластикових та металевих стентів, що саморозправляється, що зменшує ризик їх міграції та, імовірно, оклюзії жовчних проток. Тому виникнення явищ холангіту і вторинної обструкції спостерігаються рідко.

Хоча ендоскопічне стентування є паліативним методом лікування механічної жовтяниці, проте воно є перспективне при непухлинному післяопераційному стенозі, первин-

ному склерозуючому холангіті. Біліарне стентування є альтернативою назобіліарному дренажу при розширенні проксимальної ділянки обструкції, особливо у пацієнтів похилого віку, забезпечує більший комфорт і суттєво покращує якість життя пацієнтів.

Комплексне використання можливостей сучасних методів ендоскопічного лікування дозволяє проводити повноцінну паліативну терапію інкурабельних хворих за поширеного, стенозуючого раку позапечіночних жовчних проток. Під час вибору методу внутрішньо-просвітної ендоскопічної маніпуляції необхідно зважати на загальний стан пацієнта, стадію, локалізацію і поширення патологічного процесу, а також матеріально-технічне оснащення ендоскопічного відділення.

Таким чином, порушення прохідності проксимальних відділів жовчних шляхів вимагає корекції в найкоротші строки та з мінімальною інвазивністю для хворого. Ендоскопічне лікування стенозу і стриктури запального і пухлинного генезу з використанням балонної дилатації та стентів, що саморозширюються, є більш ефективним, безпечним, надійним методом ендопротезування.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛОННАЯ ГИДРОДИЛАТАЦИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА

Журавский В.К., Козачук А.М., Разумейко И.В.

Киевская областная клиническая больница. Национальный институт рака.

Вступление. По данным литературы, после операций на пищеводе и кардиальном отделе желудка с наложением пищевода-желудочных и пищевода-кишечных анастомозов, рубцовые сужения в области анастомоза возникают в 9–30 % случаев.

Рубцовые сужения пищевода могут вызвать химические, термические ожоги пищевода, травматическое повреждение его стенок инородными телами.

Одним из наиболее эффективных на сегодня методом лечения рубцовых стенозов пищевода является баллонная дилатация, которая может проводится как с помощью воздуха (пневмодилатация) так и с помощью жидкости (гидродилатация). Применение гидродилатации наиболее эффективно, так дает возможность проводить лечение более полноценно и с минимальным травматическим повреждением стенок пищевода.

Материалы и методы. Применяемые нами ранее методы лечения рубцовых стенозов электрокоагуляция, рассечение рубцовой ткани диатермической петлей, бужирование пищевода под рентгенологическим контролем по направляющей струне, оказались мало эффективными, с большим риском развития осложнений. Кроме того, эти методы не позволяют достаточно расширить место сужения и поэтому достичь стойкого результата. За последние 4 года нами проведено лечение 25 больных с рубцовыми сужениями пищевода методом эндоскопической баллонной дилатации. Послеоперационные стенозы были у 20 пациентов, стенозы после химических ожогов пищевода — у 5.

Баллонная дилатация проводилась баллонами фирмы *Boston Scientific* (США) диаметром 18–20 мм, длина баллона 8 см. Контроль положения баллона в пищеводе осуществлялся с помощью видеогастроскопа фирмы «*Olympus GIF-Q150*».

Все больные накануне госпитализировались в стационар, отделение торакальной хирургии КОКБ.

Количество сеансов дилатации колебалось от 3 до 8. Повторные сеансы проводились через 2–3 дня, до достижения достаточного стойкого расширения рубцового сужения. Контрольные осмотры после выписки из отделения выполнялись через 1 месяц. Поддерживающие сеансы проводились при рецидивах рубцового сужения по данным контрольной эзофагоскопии.

Всем больным до госпитализации была выполнена диагностическая эндоскопия с целью определения уровня и диаметра сужения пищевода. Для определения протяженности сужения, при невозможности проведения эндоскопа за область сужения, проводилось рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастом. Длительность сеансов дилатации составляла от 3 до 8 минут, в отдельных случаях была необходима коррекция положения баллона в месте сужения. После окончания сеанса дилатации осуществлялся эндоскопический осмотр для исключения кровотечения и повреждения стенки пищевода. В первые сутки больным назначались спазмолитики и обезболивающие препараты, в зависимости от выраженности болевого синдрома. Разрешался прием жидкой, не горячей пищи. На 2 сутки назначалась диета стол № 1, на 3 сутки проводился повторный сеанс дилатации.

Результаты. Всем больным после окончания лечения в стационаре и адекватного расширения просвета пищевода, пищевода-желудочного и пищевода-кишечного анастомозов на протяжении 3 месяцев нами проводились «поддерживающие» дилатации с интервалом в 2 недели. Хороший результат мы получили у 21 больного (84%), удовлетворительный у 3 пациентов (12%) и плохой у 1 пациента (4%). Последний был обусловлен большой протяженностью сужения до 10 см у больной после химического ожога пищевода.

Выводы.

1. Баллонная гидродилатация — это современный высокоэффективный метод лечения рубцовых стенозов пищевода.
2. Баллонная гидродилатация рубцовых стенозов пищевода различного генеза дает возможность восстановить проходимость по пищеводу с минимальной травматизацией и достичь стойкого клинического эффекта.
3. Этот метод дает возможность максимально избежать таких осложнений как перфорация и кровотечение.
4. Учитывая вероятность возникновения осложнений, баллонную дилатацию необходимо проводить только в условиях высокоспециализированного стационара, где есть возможность ликвидировать возникшие осложнения.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье.

Введение. Ранняя диагностика повреждений печени представляет значительные трудности. До внедрения инструментальных методов исследования ошибки составляли 20–25% и выше. По данным ряда авторов лапароскопия позволяет диагностировать повреждения печени, объём гемоперитонеума и определить лечебную тактику.

Цель исследования: изучить лапароскопическую семиотику повреждений сегментов печени при закрытой травме печени.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии ЗГМУ проанализированы истории болезней 48 пострадавших с закрытой травмой печени (ЗТП), подвергнутых лапароскопии аппаратом фирмы *Karl Storz* (Германия) по усовершенствованной методике *Kelling* с манипулятором собственной конструкции. Мужчин было 39 (81,3%), женщин — 9 (18,7%) в возрасте 10–76 лет. Сегменты печени классифицировали по С. Couinaud (1957).

Результаты. Выявлены прямые и не прямые лапароскопические признаки поврежденных сегментов печени, согласно которым, пациентов разделили на пять групп.

У 25 (52,1%) пострадавших, составивших I группу, визуализировали ступки крови, фиксированные в области чрескапсульных разрывов печени передних сегментов (S 2, 3, 4, 5, 6).

Во II группу включили 6 (12,5%) пациентов с подкапсульной гематомой печени (S 2, 3, 5, 6, 7) и 1 (2,1%) с расположением по всей поверхности правой доли.

III группу составили 8 (16,7%) пострадавших. Из них у 5 (62,5%) пациентов определены разрывы задних сегментов печени на основании исключения повреждения передних сегментов и преобладания гемоперитонеума в поддиафрагмальном и подпечёночном пространствах, правом латеральном канале. Наличие крови в объёме 2–2,5 л во всех

отделах живота не позволяло визуализировать органы, но преобладание крови в правой половине живота и, редко с плавающими ступками в области печени, у 3 (37,5%) пострадавших позволило диагностировать лишь разрыв печени.

IV группу составили 5 (10,4%) пациентов с разрывом желчного пузыря. Из них у 2 (40%) лиц диагностирован околопузырный инфильтрат, у 1 (20%) — увеличенный, синюшного цвета, напряжённый желчный пузырь, у 1 (20%) — гематома желчного пузыря и у 1 (20%) — спавшийся желчный пузырь.

V в группе, состоящей из 3 (2,6%) пострадавших, ЗТП лапароскопически не диагностирована. Причиной у 2 (66,7%) пациентов было отсутствие визуализации печени в связи с гемоперитонеумом 1,5–3,0 л, и у 1 (33,3%) — с выявленным лапароскопически разрывом селезёнки и гемоперитонеумом.

По результатам лапароскопии определена оптимальная лечебная тактика. Неотложная лапаротомия выполнена у 36 (75%) пострадавших. Послеоперационные осложнения развились у 11 (22,9%) лиц. Релапаротомия потребовалась у 1 (2,8%) пациентов. Умерли 3 (8,3%) пострадавших. Лечебная лапароскопия осуществлена у 11 (22,9%) пациентов. Осложнение развилось у 1 (9,1%) пострадавшего — гематома брюшной стенки в области порта.

Выводы. Лапароскопия позволила диагностировать разрывы передних сегментов печени у 66,7% пациентов и задних отделов — у 16,7%, разрыв желчного пузыря — у 10,4%. Диагноз разрыва печени лапароскопически не установлен у 6,2% пострадавших.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОСВОЕНИЯ МЕТОДИКИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Для диагностики острых хирургических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости внедрение лапароскопии, а затем и видеолапароскопии, показало, что диагностическая точность исследования достигает 95–100%. Независимая

малую их травматичность продолжают поиски дальнейшего снижения травматичности исследования, одним из направлений которых является внедрение диагностической минилапароскопии (ДМЛ).