

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 у всіх 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 на

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

Цель исследования: уменьшение травматичности лапароскопии у пациентов с острой хирургической абдоминальной патологией путём применения инструментов и оптики диаметром 5 мм.

Материалы и методы. В хирургическом отделении КП "Городской клинической больницы № 2", базы кафедры общей хирургии ЗГМУ, изучены результаты внедрения ДМЛ в установлении острой хирургической абдоминальной патологии у 35 больных. Использована однопроколковая методика исследования Кочнева О.С. (1988) с применением манипулятора собственной конструкции. Мужчин было 25 (71,4%), женщин — 10 (28,6%). Возраст 32–78 лет.

Результаты и обсуждение. По данным ДМЛ пациентов разделили на 3 группы. I группу составили 23 (65,7%) больных с острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями (асептический панкреонекроз — 10, прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки — 4, острый деструктивный аппендицит — 4, флегмонозный калькулёзный холецистит — 3, спаечная тонкокишечная непроходимость — 1, абсцесс мезогастральной области — 1). Во II группу включили 4 (11,4%) пациентов с закрытой травмой живота (разрыв печени — 2, селезёнки — 1, внутрибрюшинной части мочевого пузыря — 1). Осложнённое течение абдоминальной патологии выявлено у 20 (74,1%) больных: панкреатогенный инфильтрат, ферментативный перитонит — у 8 пациентов, гнойно-фибринозный перитонит — у 4, желчный перитонит — 1, серозно-фибринозный

перитонит — у 1, аппендикулярный инфильтрат — у 3 и гемоперитонеум — у 3. III группа была представлена 8 (22,9%) больными, у которых абдоминальная патология была исключена, и они избежали напрасной лапаротомии.

Оптимизирована хирургическая тактика. Лапаротомия с коррекцией острой хирургической абдоминальной патологии осуществлена у 17 (63%) пациентов первых двух групп и исключена у 10 (37%) — с асептическим панкреонекрозом, панкреатогенным инфильтратом, ферментативным перитонитом, которым выполнена малотравматичная лечебная минилапароскопия.

Выводы.

1. Диагностическая минилапароскопия позволила у 77,1% больных определить неотложную хирургическую абдоминальную патологию, у 22,9% — исключить, избежав опасную напрасную лапаротомию.
2. Оптимизирована лечебная тактика. Лечебная лапаротомия осуществлена у 63% пациентов и малотравматичная лечебная минилапароскопия при наличии асептического панкреонекроза — у 37%.
3. Высокое качество визуальной оценки брюшной полости, позволившее поднять диагностическую ценность минилапароскопии до 100%, уменьшенная травматичность, высокий косметический эффект, отсутствие осложнений позволяют рекомендовать минилапароскопию для широкого применения.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГРАНУЛЕМЫ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ ГОРТАНИ

Клочков Е.И., Минин Ю.В., Савченко Т.Д.

ГУ Институт отоларингологии им. проф. А.И. Колomoйченко НАМН Украины, г. Киев

Среди многочисленных опухолеподобных новообразований гортани неспецифические гранулемы наименее изучены, хотя их диагностике и лечению посвящено множество исследований. Применяемое наиболее часто хирургическое лечение контактных и постинтубационных гранулем не всегда оказывается безрецидивным, поскольку не учитываются все особенности развития этой патологии.

В последнее время привлекает внимание ряд факторов, наличие которых может оказывать влияние на возникновение и протекание неспецифических гранулем гортани. К ним можно отнести наличие у больного врожденной или приобретенной склонности к гиперпластическим реакциям соединительной ткани в виде развития келоидных рубцов после травм и хирургических вмешательств и образования келоидов после прокола мочки уха. Другим важным патогенетическим фактором является наличие у больного гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Контактные язвы и гранулемы голосовых складок могут быть внешнеподобными проявлениями ГЭРБ. Они обусловлены действием на слизистую оболочку пепсина с оптимальном активностью в кислой среде, который является главным повреждающим компонентом гастрального рефлюксата. Его действие обусловлено эрозированием, изъязвлением слизистой оболочки, появление обширных полицистических кровоизлияний. Воздействие на слизистую оболочку гортани желчи и трипсина луденального содержания приводит лишь к незначительному послезистому отеку. Компоненты рефлюксата при наличии механического воздействия на слизистую оболочку приводят к образованию язвенного дефекта с последующим избыточным ростом грануляционной ткани, формирующей неспецифическую гранулему. Они также препятствуют нормальному заживлению после хирургического удаления гранулемы.

Контактные гранулемы, в большинстве случаев двухсторонние, локализируются на задней трети голосовых складок, в основном на голосовых отростках черпаловидных

хрящей. Постинтубационные гранулемы обусловлены давлением интубационной трубки на слизистую оболочку в области голосовых отростков черпаловидных хрящей при длительном эндотрахеальном наркозе. Гистопатологической основой развития гранулем во всех случаях является избыточное гранулирование изъязвленной поверхности с последующим созреванием и эпителизацией грануляционной ткани. В соответствии с возрастом и зрелостью грануляционной ткани выделяют незрелые и зрелые неспецифические гранулемы. Каждая из этих групп гранулем имеет свои клинические и гистологические особенности.

Незрелые гранулемы имеют красный цвет, неровную бугристую поверхность, которая при легком прикосновении зондом может кровоточить, сосудистый рисунок на поверхности гранулемы отсутствует, вблизи гранулемы сосудистый рисунок усилен. При гистологическом исследовании определяется неспецифическая грануляционная ткань со своеобразной радиальной структурой капиллярной сети, с воспалительной лейкоцитарной инфильтрацией. Для зрелых гранулем характерна бледно-розовая окраска с сероватым оттенком, гладкая блестящая поверхность, отчетливо выявляемый сосудистый рисунок вокруг гранулемы, хорошая реакция сосудов на сосудосуживающие средства, устойчивость сосудов к повреждению. Микроскопическое исследование выявляет грануляционную ткань с участками склерозирования, единичными крупными сосудами, покрытую многослойным плоским эпителием, формирующим оболочку образования.

Наличие симптомов ГЭРБ у значительного количества больных, оперированных по поводу неспецифических гранулем гортани, требует подробного дооперационного гастроэнтерологического обследования таких больных и применения комплексного подхода к лечению данной патологии.

ЧАСТОТА ЦИЛИНДРИЧНОЇ МЕТАПЛАЗІЇ (CLE) СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ (CO) СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА GERX

Крилова О., Симонова О., Тарабаров С., Бєлова Л., Феєченко С., Саусь І., Демєнтії Н., Тріполко Т.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ, пр. Правди, 96, Україна

Вступ. Циліндрична метаплазія (CLE) слизової оболонки (CO) стравоходу — це стан, при якому нормальний багатоядерний плоский епітелій дистального відділу стравоходу замінюється циліндричним, який гістологічно може бути трьох типів: кардинальний, фундальний і спеціалізований стовпчастий епітелій, подібний до кишковий, найбільш схильний до малигнізації.

Ендоскопічна діагностика патології стравоходу на сьогоднішній день включає: езофагогастроскопію у білому світлі, у вузькополосному спектрі — NBI, ендоскопію зі збільшенням, хромоендоскопію з об'єктивною біопсією.

Мета роботи: вивчити частоту виявлення CLE CO стравоходу у хворих на GERX.

Матеріали та методи. Ендоскопічні дослідження проводилися за загальноприйнятою методикою з використанням відеоендоскопічної системи EVIS EXERA III OLYMPUS (Японія), відеогастроскоп GIF-HQ190. Для покращення візуалізації змін CO стравоходу, шлунка застосовували вузькоспектральну ендоскопію (NBI), збільшення та хромоендоскопію барвниками — 0,2 % розчином індигокарміну, 3,0 % розчином оцтової кислоти.

Проведено ендоскопічне обстеження 94 хворих, вік пацієнтів (45,3±1,5) років, чоловіків було 42 (44,7%), жінок — 52 (55,3%).

Результати. Макроскопічні зміни CO стравоходу встановлені в 83,1% хворих, а ерозивний рефлюкс-езофагіт виявлено в 18,7% випадків. Наявність *columnar-lined esophagus* (CLE) встановлено в 31,4% хворих, причому у 20,0% пацієнтів палісадні судини визначалися нижче Z-лінії на відстань, менше 1 см — (0,34±0,07) см, в результаті чого судили про наявність CLE в шлунково-стравохідному переході (*esophagogastric junction* — EGGJ). У 11,4% хворих визначено розташування палісадних судин нижче Z-лінії, причому у половини з них встановлені короткий сегмент CLE (1,7±0,2) см, в іншій половині — довгий (9,0±1,0). Структура CLE в більшості хворих була овального типу, з видовженими гребнями, тільки в одному випадку визначали плоский тип CO з довгими розгалуженими судинами. У одного пацієнта з довгим сегментом CLE (С 9, М 10 см) на тлі метоплазованого епітелію стравоходу визначалися 2 виразки Барретта. Проведена хромоендоскопія 0,2% розчином індигокарміну, після чого із застосуванням збільшення і NBI були виявлені ділянки з світло-блакитними гребнями (*Light blue crests* — LBC), наявність яких корелює з кишковою метаплазією слизової. Розвитку запальних змін CO стравоходу сприяло неповне змикання сфинктера — у більшості хворих (66,2%), шлунково-стравохідний рефлюкс — у 14,3%, наявність грижі стравохідного отвору діафрагми — у 19,5%. ДРП виявили у 33,8% випадків, дифузну гастропатію — у 20,8%, антральну — у всіх хворих. У 14,4% хворих виявлено ерозії CO антрального відділу шлунка. Запальні зміни CO ДПК виявлені в 14,3% випадків, а ерозії — в 18,8% випадків.

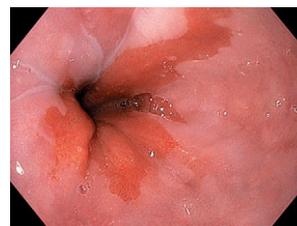


Рис. 1. CLE. Ендоскопія з високою роздільною здатністю в білому світлі.



Рис. 2. «Язик» CLE та ерозія дистального відділу стравоходу. Ендоскопія зі збільшенням та NBI, огляд з ковпачком.



Рис. 3. Короткий сегмент CLE, представлений слизовою фундальною формою. Ендоскопія зі збільшенням та NBI, огляд з ковпачком.

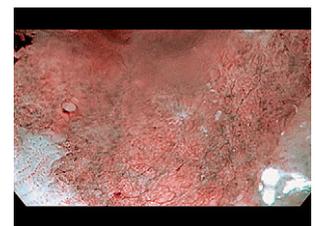


Рис. 4. Довгий сегмент CLE, представлений слизовою фундальною формою. Ендоскопія зі збільшенням та NBI, огляд з ковпачком.

Висновки. Ендоскопія з NBI та збільшенням і хромоендоскопія — ефективні методи діагностики циліндричної метаплазії та іншої патології слизової оболонки стравоходу, шлунка та ДПК.