

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 активности в кислой среде, который является главным повреждающим компонентом гастральной 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., Фещенко С., Саусь І., Демєнтії Н., Тріполко Т.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ, пр. Праваї, 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: езофагогастрокопію 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), відеогастрокоп GIF-HQ190. Для покращення візуалізації змін CO стравоходу, шлунка застосовували вузькоспектральну ендоскопію (NBI), збільшення та хромокопію 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 — EGJ*). 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 металазованого епітелію стравоходу визначалися 2 виразки Барретта. Проведена хромокопія 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.

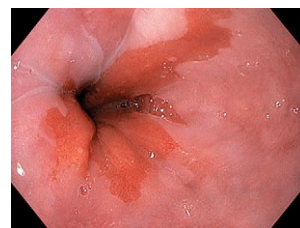


Рис. 1. CLE. Ендоскопія з високою роздільною здатністю в білому світлі.



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.

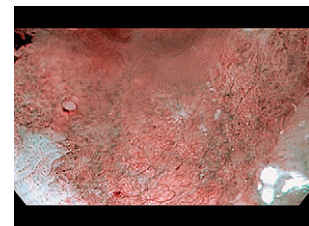


Рис. 4. Довгий сегмент CLE, представлений слизовою фундальною формою. Ендоскопія зі збільшенням та NBI, огляд з ковпачком.

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