

ПРЕДИКТОРИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕТРОГРАДНОЇ ХОЛАНГІОПАНКРЕАТОГРАФІЇ

Кушнірук О.І., Клецько І.Я., Тумак І.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО. Кафедра променевої діагностики ФПДО.

Вступ. Найнебезпечнішим серед ускладнень ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) та лікувальних втручань на великому дуоденальному сосочку (ВДС) при синдромі біліарної обструкції (СБО) є після-ЕРХПГ панкреатит (ПЕП), у т.ч. панкреонекроз, з високою летальністю. Визначення факторів ризику ПЕП і його профілактика є актуальною проблемою.

Мета роботи: визначення істинних предикторів розвитку ПЕП.

Матеріали та методи. На базі кафедр хірургії та ендоскопії і променевої діагностики ФПДО ЛНМУ в лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова за період 2012–2014 рр. було виконано 1341 лікувальних ЕРХПГ 1035 пацієнтам. Хворих із діагностованим гострим біліарним панкреатитом не враховували. Переважали жінки — 814 (60,7%). Вік хворих коливався від 18 до 96 рр. (медіана — 66 р.), а середня тривалість втручання становила 20 хвилин. Медикаментозна профілактика ПЕП — нестероїдні протизапальні препарати (НСПЗ) дом'язево або ректально була обов'язковою. Досвід ендоскопії на час початку дослідження становив більше 3000 лікувальних ЕРХПГ із виконанням їх понад 200 шороку.

ПЕП розвивується у 16 пацієнтів (1,19% від загальної кількості втручань), з яких 10 мали набряковий, а 6 (37,5%) — деструктивний панкреатит. Хворих з ПЕП лікували консервативно без летальних випадків. Оцінено 15 потенційних предикторів ПЕП (відповідно до даних літератури) — див. табл.

Результати. Усі виявлені випадки ПЕП діагностовано у пацієнтів після проведення первинного втручання (відношення шансів (ВШ) 10,2; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,61–170,0; $p=0,03$), що доводить перевагу багатоступінних втручань у складних випадках. Істинними предикторами ПЕП, залежними від пацієнтів та патології, виявилися: молодий вік хворих < 40 р. (ВШ 6,64; 95% ДІ 2,54–17,77; $p<0,001$); наявність мікрохоледохолітазу та конкрементів до 1 см. (ВШ 5,83; 95% ДІ 1,26–18,57; $p<0,01$); жіноча стать (ВШ 4,59; 95% ДІ 0,99–14,63; $p=0,036$); стенозуючий папіліт (синдром дисфункції сфінктера Одді, ВШ 2,89; 95% ДІ 0,99–7,65; $p=0,045$).

Висновки. Пацієнт-асоційовані фактори ризику ПЕП залишаються "слабким місцем" його комплексної профілактики і їх в першу чергу необхідно враховувати досвідченим фахівцем. З метою зменшення впливу операційних факторів опрацьовано й апробовано алгоритм проведення ЕРХПГ, чільними компонентами якого є: 1) визначення предикторів ПЕП у конкретного пацієнта з СБО перед і під час втручання; 2) виконання у складних випадках короткотривалих кількостатних втручань з мінімальною кількістю неселективних канюляцій ампули ВДС; 3) селективна провідникова канюляція з рентгенокопічним контролем потрапляння провідника у протоку інтересу для уникнення непотрібної віруснографії у пацієнтів з біліарною патологією; 4) провідникова ЕПСТ; 5) медикаментозна профілактика — НСПЗ до/під час та після проведення лікувальної ЕРХПГ.

Таблиця 1. Предиктори гострого панкреатиту після ЕРХПГ

Характеристика	Усього	ГП (%)	p^*	ВШ (95% ДІ)	
Стать	Жіноча	814	1,72%	0,036	4,59 (0,99–14,63)
	Чоловіча	527	0,38%		
Первинна процедура	Так	1029	1,55%	0,031	10,2 (0,61–170,0)
	Ні	312	—		
Канюляція	Так	794	0,88%	0,21	0,53 (0,21–1,42)
	Ні	547	1,65%		
Супрапапілярна холедохотомія	Так	348	5 (1,44%)	0,58	1,3 (0,49–3,81)
	Ні	993	11 (1,11%)		
Балонна дилатація	Так	433	1,15%	1	0,96 (0,36–2,76)
	Ні	908	1,21%		
Літостракція	Так	591	1,18%	1	0,98 (0,38–2,62)
	Ні	750	1,20%		
Папіліт	Так	583	1,89%	0,045	2,89 (0,99–7,65)
	Ні	758	0,66%		
Холангіт	Так	405	0,74%	0,41	0,53 (0,18–1,94)
	Ні	936	1,39%		
Парапапілярні дивертикули	Так	186	1,08%	1	0,89 (0,28–4,12)
	Ні	1153	1,21%		
Протокова гіпертензія	Так	963	1,45%	0,18	2,77 (0,60–8,85)
	Ні	378	0,53%		
Контрастостомія жовчний міхур	Так	234	2,14%	0,18	2,18 (0,82–6,38)
	Ні	1107	0,99%		
Хронічний панкреатит	Так	56	0,00%	0,64	0,68 (0,04–11,49)
	Ні	1285	1,25%		
Холедох	до 1 см	279	2,15%	0,23	1,94 (0,73–5,46)
	понад 1 см	806	1,12%		
	до 40 р.	146	4,79%		
Вік	понад 40 р.	1195	0,75%	0,0008	6,64 (2,54–17,77)
	немає	423	0,47%		
	мікроліт	308	2,60%		
Наявність каменів	до 1 см	429	1,40%	0,009	5,83 (1,26–18,57)**
	понад 1 см	181	0,00%		

* двосторонній точний критерій Фішера.

** при порівнянні мікролітів і каменів до 1 см решті хворих.

ХІРУРГІЯ ОДНОГО ДОСТУПУ (SILS) В ЛІКУВАННІ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА МАЛОГО ТАЗУ

Литвиненко О.М., Лукуча І.І., Колесник А.В., Гребінь Р.М.

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

Вступ. У класичній абдомінальній хірургії одночасне виконання хірургічних втручань з приводу поєднаної хірургічної патології практикувалося небагато хірургами. Це пояснюється, перш за все, надмірною травматичністю доступу, необхідного для виконання таких операцій.

Прогресуючий розвиток ендоскопічної хірургії диктує необхідність перегляду лікувальної тактики у цієї категорії хворих. В різних джерелах літератури опубліковані повідомлення, що стосуються ефективності симультанних лапароскопічних операцій, з традиційного доступу, при поєднаній патології органів черевної порожнини. Незважаючи на косметичний та економічний ефект від традиційної лапароскопічної хірургії, тенденції в медицині надалі потребують покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів: зменшення травматичності, скорочення періоду реабілітації та ще більше вираженого естетичного результату.

Хірургія одного доступу (SILS-хірургія) дозволяє значно знизити больовий синдром після операції, різко скоротити терміни реабілітації пацієнтів після лапароскопічних операцій. Крім того, SILS-методика володіє істотною косметичною перевагою перед звичайною лапароскопією.

Найкраще переваги лапароскопічної хірургії одного доступу проявляються при виконанні симультанних операцій на органах черевної порожнини і малого тазу.

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з поєднаною хірургічною патологією органів черевної порожнини та малого тазу з використанням стандартної лапароскопічної техніки та однопортової лапароскопічної техніки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 60 пацієнтів з поєднаною патологією органів черевної порожнини та малого тазу: хронічний калькульозний холецистит в поєднанні з патологією малого тазу (28 (46,6%), гострий апендицит + кісти ячників — 12 (20%), при не паразитарних кістах печінки + хронічний калькульозний холецистит + патологія малого тазу — 20 (33,3%). В залежності від лапароско-

пічного доступу хворі були поділені на 2 групи: 1 група — 32 пацієнтів, яким виконувались оперативні втручання з використанням традиційної лапароскопічної техніки та 2 група — 28 пацієнтів з використанням однопортової лапароскопічної техніки. Всі хворі співставимі за віком та статтю. Середній вік склав $45 \pm 3,2$ років, середній показник маси тіла — $27,5$ кг/м².

Результати. Традиційні лапароскопічні втручання були виконані у 53,3% пацієнтів: лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) + резекція яєчника — 17 пацієнтів, апендектомія + видалення кіст яєчника — 5, фенестрація кіст печінки + ЛХЕ + резекція яєчника — 10; однопортової лапароскопічні втручання — 46,6%: ЛХЕ + резекція яєчника — 13 пацієнтів, апендектомія + видалення кіст яєчника — 7, фенестрація кіст печінки + ЛХЕ + резекція яєчника — 10. Додаткові троакари під час однопортових оперативних втручань не встановлювалися. Конверсій не було. В 1 групі тривалість операції (хв): $87,1 \pm 0,5$; кровотврат (мл): $20 \pm 5,8$; тривалість знеболення в післяопераційному періоді (год): перші 24; середня тривалість перебування в стаціонарі (доба): $2,5 \pm 0,5$; косметичний результат операції (%): 74,3 — відмінно, 26,6 — добре. В 2 групі тривалість операції (хв): $79,0 \pm 1,3$; кровотврат (мл): $15 \pm 4,5$; тривалість знеболення в післяопераційному періоді перші (год): 8–12; середня тривалість перебування в стаціонарі (доба): $1,5 \pm 0,3$; косметичний результат операції (%): 85,3 — відмінно; 15,6 — добре. Післяопераційні ускладнення не відмінялись.

Висновки. Незважаючи на те, що більшість хірургів визнає доцільність виконання симультанних операцій, їх виконують досить рідко — до 3% хворих. Вони позбавляють хворого одразу від двох і більше захворювань, усувають необхідність повторних оперативних втручань, знижують вірогідність виникнення пов'язаних з ними післяопераційних ускладнень.

Оперативні втручання при поєднаній патології органів черевної порожнини та малого тазу з застосуванням SILS технологій дають можливість безпечно та ефективно провести лікування пацієнтам даної категорії з кращим вираженням косметичним ефектом, дозволяють зменшити час перебування в стаціонарі та період реабілітації.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЦЕЛЕ ЯК ПРИЧИННИ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ПАНКРЕАТИТУ

Лисюк Ю.С., Кушнірук О.І., Бокотей І.А., Когут Л.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Вроджена патологія панкреатобіліарної зони як причина панкреатичної гіпертензії трапляється рідко, що зумовлює недостатню поінформованість лікарів і може бути причиною діагностичних труднощів.

Клінічний випадок. Пацієнтка С., 27 років, інвалід III групи, перебувала на диспансерному спостереженні з приводу неврологічної патології (дисциркуляторна енцефалопатія) та патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (гіперацидний гастрит, дискінезія дванадцятипалої кишки, хронічний безкаменевий холецистит — 7 госпіталізацій у гастроентерологічне відділення). Протягом трьох останніх років були наявні

больовий та диспептичний синдроми, прогресували УСГ-ознаки порушення відтоку жовчі — збільшення розмірів та потовщення стінки жовчного міхура, поява складку. 28.04.2009 р. була ургентно госпіталізована в хірургічне відділення з інтенсивним больовим синдромом і діагнозом гострого біліарного панкреатиту. Ультрасонографія: жовчний міхур S-подібної форми, значно збільшений (154×50 мм), з множинними конкрементами біля шийки, містить застійну жовч, стінка товщиною 3 мм, холедох — 6,3 мм, з перетинком. КТ: холедох 11 мм, ознаки деструктивного панкреатиту із парапанкреатичними рідинними скопченнями. Виконано операційне втручання з приводу інфікованого

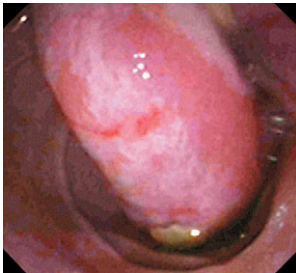


Рис. 1. ЕГДС, вигляд холецистоцеле до фістулотомії.

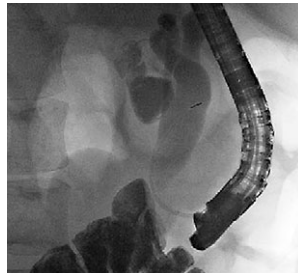


Рис. 2. ЕРХПГ. Дилатована загальна жовчна і внутрішньопечінкові протоки.

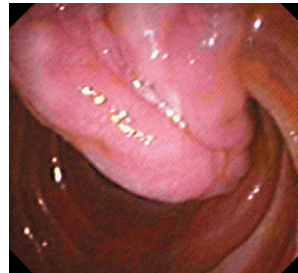


Рис. 3. ЕГДС, вигляд ампули через 1 рік після фістулотомії.



Рис. 4. ЕГДС, вигляд ампули через 2 роки після фістулотомії.

панкреонекрозу — розкрито гнійний оментабурит, піддіафрагмальний абсцес та ретроколярну флегмону. Післяопераційний перебіг без ускладнень, але через рік повторно госпіталізована з діагнозом гострого білярного панкреатиту. ЕГДС: виявлено кистозно змінену ампулу папіли — холецистоцеле 50х15 мм (рис. 1). Для білярної декомпресії виконано фістулотомію голковим папіліотомом. Подальший перебіг захворювання сприятливий, рецидивів болювих приступів не було. ЕГДС через 1 та 2 роки: зменшення розмірів холецистоцеле із чіткою візуалізацією вихідного отвору вірсунгової протоки на дні дилатованої ампули папіли із вільним відтоком жовчі (рис. 4).

Висновки.

1. Тривалий перебіг кістозної трансформації термінального відділу жовчодах спричинює каскад патологічних процесів із потенційним розвитком гострої панкреатичної гіпертензії.
2. Повільне прогресування поєднаних уражень органів панкреатобілярної системи зумовлює невражену клінічну симптоматику захворювання та труднощі діагностики.
3. Своєчасне виявлення та ендоскопічне лікування холецистоцеле є патогенетично обґрунтованим та адекватним методом для профілактики рецидивів білярного панкреатиту і сприяє регресу поєднаних уражень органів панкреатобілярної зони.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЧЕСКОЇ ФУНДОПЛИКАЦІЇ В ЛЕЧЕННІ ВИСТЛАННОГО ЦИЛИНДРИЧЕСЬКОГО ЕПІТЕЛІЕМ ПИЩЕВОДА С ТОНКОКИШЕЧНОЇ МЕТАПЛАЗІЄЙ

Малиновский А.В., Грубник В.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Вступлення. Вистланный цилиндрическим эпителием пищевод (ВЦЭП) (или как его еще принято называть «пищевод Барретта») при наличии тонкокишечной метаплазии (ТМ) дает ежегодный риск развития аденокарциномы 0,5–1 %.

Цель работы: изучение роли лапароскопической фундопликации (ЛФ) в комплексном лечении этой патологии.

Материалы и методы. С 2010 по 2014 гг. в клинике проходили лечение 26 пациентов с ВЦЭП с ТМ (16 пациентов с легкой степенью метаплазии, 10 — с тяжелой) на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в сочетании с аксиальными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) 1–2 степени. Больные были проспективно разделены на 2 группы: I группа — эндоскопическая абляция с помощью аргонно-плазменной коагуляции (АПК) с 3-месячным курсом ингибиторов протонной помпы (ИПП) (12 пациентов), II группа — АПК с последующей ЛФ по Ниссену (14 пациентов). До операции группы оказались сопоставимы по возрасту, полу, частоте симптомов по визуальным аналоговым шкалам (ВАШ), индексу качества жизни *GERD-HROL*,

распределению по степеням рефлюкс-эзофагита по Лос-Анджелесской классификации и индексу *DeMeester*.

Результаты. В обеих группах у всех пациентов была достигнута полная абляция и операции успешно выполнены во всех случаях. Ранних послеоперационных осложнений не было. Средне-срочные результаты изучены у всех пациентов в среднем через 2 года после лечения (от 1 до 3 лет). Частота симптомов, индекс качества жизни и индекс *DeMeester* были достоверно меньше во II группе. Рефлюкс-эзофагит отсутствовал в обеих группах. Рецидивов ГПОД во II группе не было. Осложнений лечения, в частности длительной функциональной дисфагии и стриктур, в обеих группах не было. Рецидив ВЦЭП с ТМ легкой степени был выявлен у 4 больных (33,3 %) в I группе и только у 1 больного (7,1 %) во II группе ($p=0,1174$). Трансформации в аденокарциному не зафиксировано в обеих группах.

Вывод. В комплексном лечении ВЦЭП с ТМ, ЛФ по Ниссену дает лучшие результаты по сравнению с АПК в сочетании с длительным курсом ИПП.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

Матвійчук Б.О., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Кушнірук О.І., Артюшенко М.Є., Бунбня М.О., Сало В.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра хірургії і ендоскопії ФПДО

Вступ. Значення кровотеч з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка зростає через збільшення кількості таких хворих. Ендоскопічне лікування не тільки зупиняє кровотечу з ВРВ, але й запобігає її рецидивам шляхом ерадикації ВРВ. Однак системний характер захворювання вимагає комплексного різнопрофільного лікування.

Матеріали та методи. З 2008 по 2014 рр. в міському центрі шлунково-кишкових кровотеч проведено 275 ендоскопічних втручань у 138 пацієнтів з ВРВ стравоходу і шлунка. З них — 75 (55,97%) чоловіків і 59 (44,03%) жінок віком 23–81 р. (медіана 54 р.).

Результати. З приводу кровотечі втручання виконано у 129 хворих, у 9 хв. воно було профілактичне при прогресуванні ВРВ (3 ст.), незважаючи на терапію бета-блокаторами або при її непереносимості. Лише у стравоході ВРВ мав 91 пацієнт (65,9%), варикозно-розширені вени стравоходу і шлунка (*EGV* 1 типу — 28 (20,3%), *EGV* 2 типу (36,2%), ізольований варикоз дна шлунка (*IGV* 1) — 2 (1,45%). Цироз класу В за Чайлд-П'ю був у 120 хворих, клас С — у 18 хворих. Тільки лікування ВРВ стравоходу виконано у 80 хв. (58%), склеротерапію (у т.ч. емболізацію ВРВ дна шлунка) — у 19 (13,8%), у решти — комбіновану терапію (39 хворих, 28,2%). На висоті кровотечі виконано 8 сеансів склеротерапії і 2 лігування ВРВ стравоходу. У решти хворих вибір ендоскопічної тактики відтермінували до компенсації стану і можливості докладного огляду шлунка та оцінки ступеня ВРВ шлунка.

Віддалене спостереження з повторними втручаннями тривало до 5 років. За той час проведено від 1 до 8 втручань у кожного хворого (у т.ч. 1–5 лігувань), у 77,5% хворих лише 1–2 сесії. З ускладнень відмічено кровотечу під час лігування (4 хв.), рецидив кровотечі у стаціонарі (4 хв.), віддалені рецидиви кровотечі (19 хв.). Смерть в межах 30 днів від втручання від наростання печінкової недостатності настала у 5 (3,6%) хв.

Протягом 2010–2014 рр. парціальну емболізацію селезінкової артерії (ПЕСА) проведено 33 хворим. Показаннями були гіперспленізм, *EGV* 2 3 ступеня та *IGV* 1. У результаті втручання значуще зменшувалися розміри селезінки, зростала кількість тромбоцитів, зменшувався діаметр ворітної і селезінкової вен. Крім того, зменшувався діаметр ВРВ, що робило ендоскопічні втручання безпечнішими. Ускладнення — інфаркт селезінки з формуванням кісти було у 2 хворих, їх успішно проліковано шляхом дренивання під УЗ-наведенням.

Висновки. Лікування хворих з кровотечами з ВРВ вимагає дотримання сучасних принципів лікування — введення вазоактивних препаратів, антибіотикотерапії, гепатопroteкції тощо. Ендоскопічна ерадикація ВРВ успішна у хворих з класом В за Чайлд-П'ю, а в разі класу С — лише при позитивній динаміці після терапії. За наявності ВРВ шлунка лікування починаємо з їх паравазальної склеротерапії 1% полідоканолом або інтравазальної емболізації гістоакрилом. Лігування ВРВ стравоходу проводимо з інтервалами ≥ 14 днів до ерадикації вен 2–3 ст., склеротерапія ВРВ стравоходу має ад'ювантне значення. ПЕСА суттєво поліпшує загальний результат лікування.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ЕЗОФАГІТУ — «ЧОРНИЙ СТРАВОХІД»

Матвійчук Б.О., Тумак І.М., Когут Л.М., Склярів П.О., Ярмолук А.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО

Гострий некроз слизової оболонки стравоходу («чорний стравохід») без опіку кислотою або лугом трапляється дуже рідко, в літературі описують одиничні випадки або невеликі їх серії. Захворювання супроводжується значною деталістністю. Шодо патогенезу дискутується домінування ішемії слизової при критичних розладах гемодинаміки або шлунково-стравохідного рефлюксу при порушеннях моторики травного каналу.

Мета роботи: проаналізувати клініко-анамнестичні особливості та результати лікування пацієнтів, в яких при ґуртентній езофагогастроуденоскопії (ЕГДС) було виявлено некротизуючий езофагіт.

Матеріали та методи. Упродовж 2012–2014 рр. в ендоскопічному відділенні КМКЛШМД було діагностовано некротизуючий езофагіт у 10 пацієнтів; чоловіків — 6, жінок — 4, віком від 39 до 72 років (медіана — 48 років). Аналізували дані анамнезу, загальноклінічних та інструментальних обстежень.

Результати. «Чорний стравохід» є рідкісним станом, його частота становила 0,07% (10 випадків на 13392 первинних ЕГДС). З анамнезу було відомо, що 80% хворих напередодні вживали велику кількість алкоголю, що зумовило їх госпіталізацію у тяжкому стані з порушеннями гемодинаміки, зокрема гіпотензією та гіповолемією. Тяжке фонове