

Рис. 1. ЕГДС, вигляд холецистоцеле до фістулотомії.

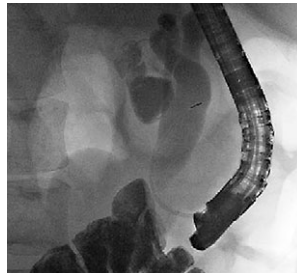


Рис. 2. ЕРХПГ. Дилатована загальна жовчна і внутрішньопечінкові протоки.

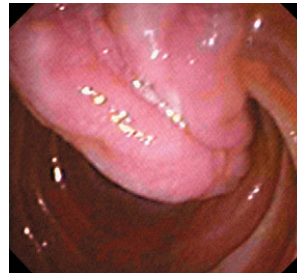


Рис. 3. ЕГДС, вигляд ампули через 1 рік після фістулотомії.



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 папілотомом. 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 жовчохода 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 МЕТАПЛАЗІЕЙ

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., Буняк 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 дренирування під УЗ-наведенням.

Висновки. Лікування хворих з кровотечами з ВРВ вимагає дотримання сучасних принципів лікування — введення вазоактивних препаратів, антибіотикотерапії, гепатотекції 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. Лікування 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., Ярмолюк 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