

VIII СИМПОЗИУМ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ: «СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

Робочі матеріали

ПРИЧИНИ ФОРМИРОВАННЯ, ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ І ТОПОГРАФІЯ РАСПРОСТРАНЕННЯ ПО СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ВНУТРИКЛЕТОЧНИХ "ДЕПО" ХЕЛИКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Авраменко А.А., Горбенко Ю.В.

Проблемная лаборатория по вопросам хронического хеликобактериоза, областная больница, г. Николаев, Украина

Введення. Одной из причин раннего рецидивирования хронического неатрофического гастрита является наличие в париетальных клетках (ПК) желез слизистой желудка внутриклеточных "депо" хеликобактерной инфекции (НР), поэтому знание причин, вызывающих формирование этих "депо" и топографии их формирования в слизистой желудка помогают исключить эти причины и полноценно выявлять эти "депо".

Цель работы: изучить причины формирования, частоту выявления и топографию распространения по слизистой желудка внутриклеточных "депо" хеликобактерной инфекции.

Материалы и методы. Были проанализированы данные анамнеза и результаты комплексного обследования 49 пациентов хроническим неатрофическим гастритом, у которых были выявлены внутриклеточные "депо" НР-инфекции. Возраст пациентов колебался от 24-х до 54-х лет, мужчин было 34 (69,4%), женщин — 15 (30,6%). Комплексное обследование проводилось согласно приказу МОЗ Украины № 271 от 2005 г. и по нашей методике, и включало: рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой методике, двойное тестирование на НР (сравнение результатов уреазного теста и микроскопирования окрашенных мазков-отпечатков из материала одного биоптата) и гистологические исследования слизистой, материал для которых брался из 4-х топографических зон желудка: антральный отдел и тело желудка в средней трети по малой и по большой кривизне.

Результаты. При опросе пациентов было выяснено, что 16 (32,7%) пациентов в течение 3-х месяцев принимали ингибиторы протонной помпы (ИПП), 21(42,9%) находились в состоянии длительного, не менее 3-х месяцев, психоэмоционального стресса, 12 (24,4%) принимали ИПП на фоне стресса. Уровень кислотности соответствовал нормальности у 9-ти (18,4%), гипоацидности умеренной — у 23-х (46,9%), гипоацидности выраженной — у 17-ти (34,7%) пациентов. ЭГДС не выявило активного язвенного процесса, тесты подтвердили наличие НР на слизистой во всех топографических зонах желудка, однако при низкой концентрации в антруме (не более (+)), высокой — в теле ((++) — (+++)) и наличия внутриклеточных "депо" в 100% в слизистой тела желудка: у 24-х (48,9%) пациентов — по большой кривизне, у 16-ти (32,7%) — по малой кривизне, у 9-ти (18,4%) — и по малой, и по большой кривизне. Наличие у всех пациентов хронического неатрофического гастрита было подтверждено гистологически. Топография формирования "депо" — не случайна. Из-за снижения уровня кислотности как под воздействием ИПП, так и при длительном стрессе, происходит ретроградная транслокация НР-инфекции из антрума — в тело желудка, а поиск более кислой среды обитания заводит НР в париетальную клетку, формируя внутриклеточное "депо".

Выводы. ИПП и длительный стресс формируют внутриклеточное "депо" НР в слизистой тела желудка.

ТОНКОКИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ ЯКА ВИКЛИКАНА МІГРАЦІЄЮ ІНТРАГАСТРАЛЬНОГО БАЛОНУ

Бурий О.М., Лаврик А.С., Атаманський І.М., Доскуч К.О., Роздобудько Ю.М.

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

Морбідне ожиріння — хворобливий стан пацієнта пов'язаний із ожирінням, який викликає важкі форми супутніх захворювань. Ожиріння є найбільш поширеним хронічним захворюванням у світі, що значною мірою впливає на якість та тривалість життя. Проблема ожиріння залишається актуальною і сьогодні. Разом із розвитком сучасної медицини активно розвиваються і методики лікування морбідного ожиріння. Існують різні методи лікування ожиріння: від консервативних до реконструктивних хірургічних. До одного із методів малоінвазивного лікування відноситься імплантація гастроінтестинального балону. Головною метою даного методу є зменшення об'єму шлунка.

В Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова за період з 2003 по 2016 роки було імплантовано внутрішньошлунковий балон 143 пацієнтам. З них 61 чоловік та 82 жінок. Середній вік склав $45 \pm 7,3$ років, середня маса тіла — $124,3 \pm 7,4$ кг, середній індекс маси тіла (ІМТ) — $53 \pm 7,6$ кг/м². У 116 пацієнтів імплантацію внутрішньошлункового балону виконано як самостійний метод лікування та у 27 з метою передопераційної підготовки у пацієнтів з суперожирінням (ІМТ > 50 кг/м²) перед подальшою радикальною баріатричною операцією. Видалення балону проводилось через шість місяців. Із збільшенням терміну понад шість місяців зростає ризик розгерметизації балону та міграцією останнього.

Одним із ускладнень при імплантації балону є його подальша міграція по шлунково-кишковому тракту, що у подальшому може викликати кишкову непрохідність. Для ліку-

вання ускладнень міграції інтрагастрального балону із обтурацією просвіту кишки використовуються як хірургічні так і ендоскопічні методи. У порівнянні із хірургічним методом ендоскопічний дозволяє уникнути післяопераційних ускладнень. Ендоскопічне видалення балону проводиться під ендотрахеальним наркозом.

Клінічний випадок. Пацієнт 58 років звернувся в Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України зі скаргами на різкий біль у животі, вздуття, блювання. Зі слів пацієнта стало відомо, що рік тому в іншій клініці йому було імплантовано гастроінтестинальний балон. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини, зніва в проекції гребня клубової кістки візуалізується стороннє тіло середньої інтенсивності Т-п одібної форми (ніпель інтрагастрального балону — ?).

Під ендотрахеальним наркозом проведено трансоральну ендоскопію. На рівні близько 2-х метрів від зв'язки Трейца візуалізується інтрагастральний балон із частковим наповненням, що обтуравав просвіт голодної кишки. По інструментальному каналу проведено інжектор з подальшою пункцією балону та аспірацією його вмісту. Потім захватили балон ендоскопічною петлею та ротаційними рухами виконали його евакуацію.

Таким чином, метод ендоскопії є ефективним при видаленні сторонніх тіл які викликають тонкокишкову непрохідність.