

## ЕЛЕМЕНТИ СУГЕСТІВІ В ЕНДОСКОПІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Демчук С.С., Дорожницький Ю.А., Коваль В.М., Цмок С.В., Ткачук М., Попик С.В.  
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. Пирогова М.І., м. Вінниця, Україна

**Вступ.** Пошук методів оптимізації проведення ендоскопічних досліджень, зокрема фіброзофагогастроуденоскопії, залишається актуальним і в теперішній час. Не дивлячись на значний науково-технічний прогрес — відео-ендоскопія, *NBI*-технології, сонографія та інше, виконання процедури фіброзофагогастроуденоскопії залишається на рівні часів Гіршовіца.

Пропоноване використання методів місцевої анестезії в більшості випадків не забезпечує адекватного проведення ЕГДС. Це особливо нагальне при виконанні етапу введення зонда через глотку в стравохід. Як правило, при цьому хворі відчувають дискомфорт — погано дихають, зривають, стають збуджені, що інколи унеможливило виконання цього важливого дослідження. Особливої уваги та ретельності в цій плані вимагають пацієнти з психічними розладами — шизофреніки, параноїки, епілептики, неврівноважені. Хоча за сьогоденніми рекомендаціями проведення планової ЕГДС у таких пацієнтів протипоказане, на практиці, практично у всіх випадках, ми цього не дотримуємося і виконуємо ЕГДС.

Сугестія — (навіювання, гіпноз) метод психотерапевтичного впливу на свідомість людини, як правило, вербально-словесного характеру, широко впроваджена в різних галузях медицини — психіатрії, неврології, терапії, дерматології та інших.

**Мета роботи:** визначити можливість використання вербального методу навіювання і його ефективність для оптимізації проведення у пацієнтів ЕГДС, як у психічно здорових осіб, так і у людей з психічними розладами.

**Матеріал та методи.** Дослідження проводились у пацієнтів ендоскопічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. Пирогова М. І. за період з 2013 по 2016 роки, як у психічно здорових, так і з психічними розладами осіб. Направлення на обстеження видавалося лікувальними закладами області. Методами дослідження були: традиційна ЕГДС з використанням апарату фірми *FUJINON FG-1Z*, майже у всіх випадках без місцевої анестезії та загального знечудення. Також використовувався при підготовці до дослідження метод раціональної психотерапії та метод вербального навіювання (гіпнозу) у вигляді окремих особливих формул словесної сугестії.

**Результат.** Ми використовуємо метод вербального впливу на пацієнтів при проведенні фіброендоскопічних досліджень, зокрема фіброзофагогастроуденоскопії. Як не дивно, але найбільш яскравий сугестивний ефект відмічається у пацієнтів із психічними розладами. Це допомогло практично у всіх випадках провести адекватну повноцінну ЕГДС.

Використовуємо у своїй практиці два типи психологічного впливу на пацієнтів: раціональну психотерапію та вербальне навіювання (гіпнозу).

Перше включає в себе психологічну підготовку до дослідження пацієнта. Зокрема, останньому пояснюємо як пацієнт повинен лежати на столі — на лівій боці з нахилом

тулуба в бік живота, як пацієнт повинен дихати — через рот, що пацієнт при цьому може зривувати та кашляти і, щоб він цього не боявся. Також оголошується приблизна тривалість процедури (1–1,5 хвилини). Як правило, така психологічна підготовка заспокоює пацієнтів і вони погоджуються на проведення процедури ЕГДС.

Другим видом психологічного впливу, який ми використовуємо є вербальне (словесне) навіювання (гіпноз). Суть його в тім, що перед самим введенням фіброскопа пацієнту дають словесну установку про те, що зараз йому ми введемо зонд через рот. При цьому пацієнт його не буде відчувати, зонд пройде в шлунок і ми його оглянемо. Ще раз акцентуємо, що головне при цьому, щоб пацієнт дихав через рот і слухав голос лікаря.

Остання фраза, так званий рапорт, обов'язкова, вона дає змогу пацієнту залишатися в контакті з оператором-ендоскопістом.

Загалом формула вербального навіювання в таких випадках звучить приблизно так: «Зараз я введу вам в шлунок спеціальний зонд, який проведе через рот, глотку і стравохід, при цьому ви відчувати його не будете. Останні два слова акцентуються, — «при цьому головне завдання дихати через рот, не боятися і слухати мій голос». Як правило, таке словесне навіювання допомагає з меншим ризиком та вегетативно-емоційними проявами провести зонд в стравохід і відповідно шлунок та 12-ту палу кишки. Під час процедури обов'язковий словесний контакт лікаря — ендоскопіста з пацієнтом у вигляді фраз: «Не бійтеся, дихайте, до кінця процедури залишилось 20... 10... 5 секунд».

Наш досвід сугестивного навіювання у пацієнтів що підлягають фіброзофагогастроуденоскопії, як у психічно здорових, так і з психічними розладами, показує його значну ефективність в оптимізації проведення цього дослідження, особливо на першому етапі введення зонда через глотку в стравохід. Як не дивно, але він більш ефективний у пацієнтів з психогенними розладами.

Так за 2013–2016 роки нами проведено біля 5000 ЕГДС пацієнтам чоловічої — 3072 особи та жіночої — 1928 особи статей, віком від 18 до 87 років. Серед них було 96 пацієнтів із психічними розладами, приблизно рівних за статевим поділом, віком від 25 до 72 років (шизофренія — 52, параноїдальні розлади — 12, епілептики — 8, неврівноважені — 24).

У всіх них успішно проведена планова ЕГДС без залучення інших методів, зокрема, загального знечудення. Виявлено деякі ускладнення сугестивного впливу, зокрема, ми відмітили у шести випадках потрапляння гастрокопа замість стравохода в гортань і трахею, практично була виконана трахеобронхоскопія без анестезії.

**Висновки.** Таким чином, наші дослідження вказують на те, що використання вербальних методів сугестії в ендоскопії сприяє оптимізації проведення стандартної ЕГДС у пацієнтів, особливо виразний ефект цього впливу у пацієнтів з психічними розладами.

## МЕТОДИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ТУБУЛЯРНИМ СТЕНОЗОМ ТА "ВАЖКИМИ" КАМЕНЯМИ ХОЛЕДОХА

Дзвонковський Т.М., Дзвонковська В.В.

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

**Вступ.** Холедохолітиаз, як одне з найчастіших ускладнень перебігу жовчечочної хвороби, незважаючи на розвиток і впровадження сучасних малоінвазивних ендоскопічних методів, залишається і на сьогоднішній день не завжди легко вирішуваною проблемою. У більшості випадків причиною цьому є тубулярний стеноз жовчачого протоку різної протяжності та ступеня вираженості і так звані «важкі» камені жовчачого протоку. Тубулярний стеноз як правило зумовлений набряком та щільністю паренхіми підшлункової залози та неопущенням каменя в дистальний жовчачий проток. «Важкими» каменями жовчачого протоку вважаються випадки, коли розміри каменя суттєво перевищують діаметр дистальної частини жовчачого протоку.

**Мета роботи:** вивчити та покращити ендоскопічні методи лікування холедохолітиазу у пацієнтів з тубулярним стенозом жовчачого протоку та «важкими» каменями жовчачого протоку.

**Матеріал і методи.** За період 2013–2015 рр. у відділенні малоінвазивної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні лікувалося 27 пацієнтів з тубулярним стенозом жовчачого протоку та 49 — з «важкими» каменями жовчачого протоку. Вік пацієнтів від 33 до 78 років, переважали жінки (76%). У більшості пацієнтів (68%) раніше була проведена холецистектомія. Ендоскопічне втручання, а саме ЕРХПГ, папілотомії, балонну дилатацію, літоекстракцію з чи без літотрипсії, проводили в перші 12–48 год. після госпіталізації. Всі втручання проводилися в спеціально обладнаній рентгеноопераційній під загальним знечуденням.

Для дилатації стенозованої зони жовчачого протоку використовували балони фірми *Cook* та *Boston Scientific* діаметром 10, 15 чи 18 мм. під контролем відповідного тиску в балоні. В окремих випадках для усунення холангіту та декомпресії жовчачих шляхів тимчасово встановлювали біларійні, пластиківий стент.

**Результати.** Із 27 пацієнтів з тубулярним стенозом, обумовленим копресією в інтрапанкреатичній частині, у 10 камені видалено після дозованої дилатації, з них у 3 після літотрипсії. У решті 17 пацієнтів при дистальному стенозі, зумовленому неопущенням каменя, проводилися по чергово 2–3 сесії балонної дилатації з градієнтною тиску від 1,5 до 3,5 атм. та максимального діаметра балону до 15 мм. При цьому у 3 випадках виникла кровотеча, яку зупинили консервативно. З них в 1 випадку наступила ретроградна перфорация. Пацієнт в першу добу був оперований, випишаний з одужанням.

У 49 пацієнтів з «важкими» каменями жовчачого протоку розміри їх були від 7–8 мм до 20–22 мм, що вимагало диференційованого підходу до літоекстракції. Так у 27 пацієнтів з каменями 7–8 мм був термінальний стеноз жовчачого протоку до 3 мм. Після дозованої дилатації (т.з. тренування жовчачого протоку — тиск в балоні від 1,5 до 2,5 атм., експозиція 30–60 сек.) камені успішно видалено. У решті 22 пацієнтів мали місце крупні камені до 20–22 мм, без стенозу жовчачого протоку. З них у 17 після широкій папілотомії, була проведена балонна дилатація та поетапна успішна літотрипсія з літоекстракцією коштом Dormia або балонним літоекстрактором. У 3 випадках встановили біларійний стент і ч/з 3–5 днів успішно видалили камені. Тільки в 2 пацієнтів літоекстракція була безуспішною, проведена лапаротомія та успішна холедохолітомія. Ускладнення виникли у 4 пацієнтів — у 2 гострий панкреатит, який купували консервативно. Ще у 2 виникла активна кровотеча, яку зупинили ендоскопічно та консервативно.

**Висновки.** Поєднання різних методів ендоскопічного лікування холедохолітиазу, у пацієнтів з тубулярним стенозом та «важкими» каменями жовчачого протоку дає можливість у 96% випадків провести безпечно та успішно лікування цих пацієнтів.

## ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МИНИЛАПАРΟΣКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Капшитарь А. В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

**Введение.** Алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) у пациентов с острой хирургической абдоминальной патологией является фактором, влияющим на технику выполнения лапароскопии. Признание эффективности лапароскопической диагностики, авторы отмечают технические трудности выполнения исследования на всех этапах. Наиболее опасным и ответственным является введение первого троакара в брюшную полость.

**Цель исследования:** изучить причины неудач введения первого троакара в брюшную полость у пациентов с АКО и разработать способ их преодоления для эффективного выполнения лапароскопии.

**Материал и методы.** Результаты наших многолетних лапароскопических исследований показали, что процесс введения первого троакара в брюшную полость у пациентов с АКО тактильно более сложный, что нередко ведёт к попаданию его в чрезмерно развитый большой сальник, находящийся у малоподатливой передней брюшной стенке. Более длинный раневой канал усугубляет ситуацию и в дальнейшем ведёт к ограничению смещаемости под углом гильзы троакара с оптической трубкой. Неудачи при введении первого троакара были связаны не только со значительной толщиной подкожно-жировой клетчатки, но и других морфологических структур брюшной стенки.