

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 включало 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 залишатись 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-ті палу кишку. Під час процедури обов'язковий словесний контакт лікаря — ендоскопіста з пацієнтом у вигляді фраз: «Не бійтеся, дайхайте, 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 холедохолітазу 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, папілоскопію, балонну дилатацію, літоекстракцію з чи без літотрипсії, проводили в перші 12–48 год. після госпіталізації. Всі втручання проводились 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, проводились 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 папілоскопії, була проведена балонна дилатація та поетапна успішна літотрипсія з літоекстракцією кошечком Дорміа 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 холедохолітазу, 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.

При «отвислом животе» трудности усугубляются. Конец троакара останавливается в пребрюшинной клетчатке, неоднократные же попытки пункций безуспешны и ведут к образованию кровоизлияний и гематом.

В дальнейшем, в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья, являющимся базой кафедры общей хирургии ЗГМУ, у 38 пациентов с подозрением на неотложную хирургическую абдоминальную патологию выполнена минилапароскопия (МЛС) по однополовой методике О.С. Кочнева (1988). Сопутствующими заболеваниями страдали 35 (92,1%) пациентов.

АКО диагностировано у 18 (47,4%) пациентов. Мужчин было 2 (11,1%), женщин — 16 (88,9%). Возраст 54–93 года.

Результаты. В зависимости от величины индекса массы тела (ИМТ) пациентов распределены на две группы.

В I группу включили 6 (33,3%) пациентов с «избыточным весом» (ИМТ 25–28). У них при выполнении МЛС трудности, связанные с техникой исследования, не было.

II группу составили 12 (66,7%) пациентов с «ожирением» (ИМТ выше 28). Обильное отложение подкожной жировой клетчатки и утолщенные другие структуры передней

брюшной стенки не позволили ввести в брюшную полость стандартный троакар из-за его недостаточной длины. Применив разработанный способ МЛС (Патент Украины № 84486) у всех пациентов выполнили исследование и получили достаточный объем информации для определения дальнейшей лечебной тактики.

Во время МЛС у 7 (38,9%) пациентов диагностирован асептический панкреонекроз, у 3 (16,7%) — прободная язва двенадцатиперстной кишки, у 3 (16,7%) — острый гангренозный холецистит и у 1 (5,5%) — аппендицит, у 1 (5,5%) — разлитой гнойный перитонит, у 3 (16,7%) — закрытая травма живота (разрыв печени — 1, мочевого пузыря — 1, забрюшинная гематома — 1). Лапаротомия осуществлена у 11 (61,1%) пациентов, лечебная МЛС — у 7 (38,9%). Умерли 4 (22,2%) пациентов (абдоминальный сепсис — 1, инсульт с инфарктом миокарда — 1, инсульт — 1, флеботромбоз, тромбоэмболия легочной артерии — 1).

Заключение. Выявлены причины неудач введения первого троакара в брюшную полость при МЛС у пациентов с АКО. Разработанный способ МЛС позволяет выполнять исследование при любых степенях АКО, диагностировать неотложную абдоминальную хирургическую патологию и оптимизировать хирургическую тактику.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕРМОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОВ АБОРТИВНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Введение. Лапароскопическая диагностика abortивного панкреонекроза (АП) наиболее сложна, т.к. чаще представлена лишь косвенными признаками, которые встречаются и при других заболеваниях. Они наименее известны. Локальная лапароскопическая термометрия, по данным отдельных авторов, расширяет возможности метода, а повышение температуры на 0,5°C — считают признаком острого панкреатита.

Цель исследования: по результатам лапароскопической термометрии органов брюшной полости у здоровых лиц составить термометрическую карту и определить температуру абдоминальных органов у пациентов с АП.

Материал и методы. Лапароскопию выполняли аппаратом фирмы *Karl Storz* (Германия) по усовершенствованной методике *Kelling*. Полый манипулятор собственной конструкции вводили в точку *Goetrae*, лапароскоп — в левой нижней точке *Kalk*. Использовали электротермометр ТПЭМ-М Казанского медико-инструментального завода и сконструированный зонд с датчиком на конце для измерения температуры органов брюшной полости.

Результаты. На первом этапе исследования составили термометрическую карту абдоминальных органов у 10 здоровых лиц с подозрением на закрытую травму живота. При лапароскопической термометрии температура печени составила 37,5±0,20°C, желчного пузыря — 37,2±0,18°C, желудка — 37,2±0,19°C, двенадцатиперстной кишки — 37,2±0,17°C, круглой связки печени — 37,1±0,20°C, малого сальника — 37,3±0,20°C, большого сальника — 36,8±0,11°C, корня брыжейки поперечной ободочной кишки — 37,5±0,19°C, червеобразного отростка — 37,3±0,16°C, подвздошной кишки — 36,8±0,19°C, матки — 37,2±0,12°C, яичника — 37,3±0,18°C, маточной трубы — 37,1±0,12°C и слепой кишки — 36,5±0,13°C.

Во втором этапе исследования температура абдоминальных органов контактным способом лапароскопически определена у 27 пациентов с АП. Диагноз верифицирован на основании результатов клинических и биохимических исследований, ферментных маркеров, рентгенологических методов, УЗИ, ЭГДС, лапароскопии, показателей амиллазы в перитонеальном экссудате или смыве из брюшной полости. Температура печени при АП составила 37,4±0,14°C, желчного пузыря — 37,3±0,11°C, желудка — 37,1±0,20°C, двенадцатиперстной кишки — 37,3±0,11°C, круглой связки печени — 37,0±0,12°C, малого сальника — 37,7±0,13°C, большого сальника — 37,0±0,16°C, корня брыжейки поперечной ободочной кишки — 37,8±0,16°C, червеобразного отростка — 36,4±0,13°C, подвздошной кишки — 36,8±0,09°C, матки — 37,0±0,15°C, яичника — 37,2±0,15°C, маточной трубы — 36,8±0,17°C и слепой кишки — 36,5±0,13°C.

У здоровых лиц наиболее высокая температура диагностирована в печени (37,5±0,19°C) и корне брыжейки поперечной ободочной кишки (37,5±0,19°C), а наиболее низкая — в большом сальнике (36,8±0,11°C) и слепой кишке (36,5±0,13°C). Различия между представленными показателями статистически значимы. При АП наиболее высокая температура выявлена в корне брыжейки поперечной ободочной кишки (37,8±0,16°C) и малом сальнике (37,7±0,13°C), а наиболее низкая — слепой кишке (36,5±0,13°C) и червеобразном отростке (36,4±0,13°C).

Заключение. По результатам лапароскопической термометрии абдоминальных органов у здоровых лиц составлена термометрическая карта. Показатели температуры в корне брыжейки поперечной ободочной кишки 37,8±0,16°C и малом сальнике 37,7±0,13°C следует считать маркерами АП.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ОЦЕНКА YOUTUBE ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ И ОБУЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ И ЭНДОХИРУРГИИ

Калашников Н.А., Андрусинь К.М.

Национальный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ», г. Киев, Днепропетровский военный госпиталь, г. Днепропетровск, Украина

Введение. Вопросы совершенствования преподавания и изучения гастроинтестинальной эндоскопии (ГИЭ) и эндоскопической хирургии (ЭХ) находятся в центре внимания международных эндоскопических ассоциаций (WEO, ESGIE, SAGES, SLS). С учетом этого, целесообразно изучение и оценка информационных возможностей *YouTube* для оптимизации изучения и обучения ГИЭ и ЭХ. Это подразумевает интенсификацию получения, передачи специальных медицинских знаний, компетентность и выработку качественных профессиональных навыков.

Цель работы: изучение и оценка информационных возможностей *YouTube* для оптимизации изучения и обучения ГИЭ и ЭХ.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач с 10.09–30.10.2015 года нами в *YouTube* проведен тематический интернет-поиск по основным (23) запросам информации ГИЭ и ЭХ на русском и английском языках с их общей характеристикой, анализом информационной ценности и ранжированием количества. Учет количества ответов на запросы осуществлялся с применением трех фильтров — «видео», «весь период» и за «текущий год». С целью оптимизации поиска, изучения и хранения информации по ГИЭ и ЭХ использовали разработанную нами ее систематизацию. Для определения рейтинга ответов по их количеству на запросы в *YouTube* использовали ТОП–10. Оценку качества информации по ГИЭ и ЭХ проводили в *YouTube* по принципам оценки *HOncode (Health on the Net code)*.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного поиска общее количество ответов на 46 запросов по ГИЭ и ЭХ составило 241106. Из них на русском — 25,85%, на английском языке — 74,15%. Соотношение по количеству ответов было 1:3. В ТОП–10 общее количество ответов на 20 запросов по теме ГИЭ и ЭХ составило 229870, из них на русском — 26,37%, на английском языке — 73,63% соотношение — также составило 1:3, поскольку в ТОП–10 вошло 95,33% ответов на 46 запросов (табл.1).

Выводы.

- Изучение и оценка медицинской видеoinформации *YouTube* позволяют считать его актуальным информационным ресурсом для изучения и обучения ГИЭ и ЭХ, а также обмена опытом применения традиционных и новых эндоскопических технологий.
- Ранжирование ответов в ТОП–10 (на 20 тематических запросов) определило их многочисленность и на их основе позволило конкретизировать цели поиска видеoinформации в *YouTube*, поскольку в ТОП–10 вошло 95,33% от общего количества ответов на 46 тематических запросов.

Таблица 1. ТОП–10 тематических источников видеoinформации по ГИЭ и ЭХ в *YouTube* при запросах на русском и английском языках

Содержание запросов информации по ГИЭ в <i>YouTube</i> на английском	Количество ответов на английском языке		Рейтинг ТОП–10	Количество ответов на русском языке		Содержание запросов информации по ГИЭ в <i>YouTube</i> на русском
	%	абс		%	абс	
Colonoscopy	40,35	68300	1	45000	74,23	лапароскопия
Laparoscopy	21,98	37200	2	3370	5,56	эндоскопическая абляция
Endoscopic ultrasonography	9,39	15900	4	3240	5,34	колоноскопия
Endoscopy of the stomach	9,28	15700	3	3150	5,2	гастроскопия
Endoscopic stenting	4,51	7640	5	2840	4,68	эндоскопия желудка
Gastroscopy	3,36	5680	6	1490	2,46	эндоскопия пищевода
Endoscopy of the esophagus	3,27	5530	7	576	0,95	капсульная эндоскопия
Endoscopy of the duodenum	2,91	4930	8	365	0,6	эндоскопическое стентирование
Capsule endoscopy	2,51	4240	9	299	0,49	эндоскопия двенадцатиперстной кишки
Endoscopic ablation	2,44	4130	10	290	0,48	NBI-эндоскопия
Всего ответов	100	169250		60620	100	

- Для эффективной работы в *YouTube* необходимо изучение и знание англоязычной эндоскопической терминологии и лексики, без которых познавательная и учебная ценность видеoinформации по ГИЭ и ЭХ резко снижается.
- В *YouTube* целесообразно использовать фильтры и целевой принцип работы по адресам эндоскопических и эндохирurgical ассоциаций стран Европы и Америки, а также эндоскопических симпозиумов текущего года и прошлых лет.