

причини виникнення бампер синдрому порушення догляду за стомаго: перев'язувальний матеріал розміщують між зовнішнім фіксуєчим елементом та шкірою, таким чином збільшують натиск між тканинами що в свою чергу призводить до розвитку ускладнення.

Діагноз підтверджується під час ендоскопічного дослідження, яке демонструє частково або повністю прихований в товщі слизової внутрішній фіксуєчий елемент (бампер).

Лікування бампер синдрому, при вчасній діагностиці зводиться до переустановлення гастростоми в попередньому чи новому місці, але це пов'язано з додатковими фінансовими витратами.

Нами був розроблені два нових методів ліквідації бампер синдрому. При повному згоїні слизової оболонки шлунку в ділянці стоми (рис. 1) — після видалення гастростомічної трубки, під помірним тиском в гастрономічний канал вводився жорсткий провід-

ник, а потім по ньому в шлунок вводилась ПВХ трубка (рис. 2). При неповному згоїні слизової оболонки шлунку в ділянці стоми (рис. 3), після діагностики бампер синдрому, в просвіт гастростомічної трубки вводився жорсткий провідник, що створювало жорстку конструкцію. Потім під помірним тиском, в бік просвіту шлунка, вся ця конструкція переміщалася в порожнину шлунка (рис. 4).

Попередити дане ускладнення можливо притримуючись деяких заходів. Чітке виконання техніки встановлення ЧЕГ з оптимальним зведенням двох фіксуєчих елементів, без надмірного стиснення тканин. При щоденному догляді за стомаго всі марлеві пов'язки розміщуються над зовнішнім фіксуєчим елементом. Контрольні ендоскопічне дослідження на 7–8 добу після встановлення ЧЕГ, з послабленням фіксуєчих елементів 3–4 см. та частковому зануренню трубки в шлунок.

## КАЗУИСТИЧЕСКОЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Новохатний П.В., Паргола Д.В.

КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», Запорожье, Украина

**Введение.** Отечественная литература отмечает, что 12,1% пациентов с инородными телами страдали нарушениями психики или алкоголизмом, в 97,1% проглатывание предметов было умышленным и лишь в 2,9% — случайным. Различные предметы чаще проглатывают женщины — 64–69,3%. Согласно данных американской ассоциации гастроинтестинальной эндоскопии умышленно проглоченные инородные тела требуют эндоскопического исследования в 63–76%. При этом 12–16% случаев оканчиваются хирургическим вмешательством.

**Цель работы:** описать клиническое наблюдение редкого инородного тела пищевода и желудка.

**Материалы и методы.** Молодой мужчина нормостенического телосложения Б. 1986 г.р., страдающий олигофренией легкой степени, доставлен родственниками 07.03.2016 г. в приемный покой КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», ИБ № 3946. Со слов родственников пациент накануне проглотил зубную щетку. Эзофагоскопия проводилась фиброгастрооскопом Olympus GIF-20 под местной терминальной анестезией 10% раствором лидокаина. Захват инородного тела в пищеводе осуществлен многозарядовой овальной электрохирургической петлей широкого раскрытия Olympus SD-9U-1.

**Результаты.** При эндоскопическом исследовании в нижней трети пищевода визуализировано инородное тело: продолговатый предмет с гладкой поверхностью — рукоятка зубной щетки (рис. 1) — на 4 см выступает из розетки кардии. При этом большая часть

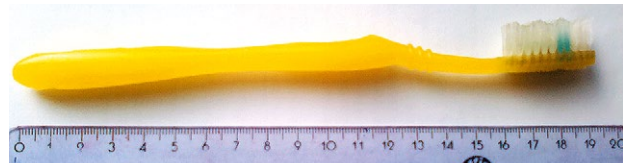


Рис. 1

Извлеченная зубная щетка

инородного тела располагается в желудке. На находящуюся в пищеводе часть наброшена петля, фиксирована. Медленной тракцией удалось полностью переместить инородное тело в верхнюю треть пищевода и ротоглотку. В ротоглотке конец рукоятки захвачен корнцангом. Инородное тело извлечено.

**Заключение.** Таким образом, успешное завершение операции стало возможным благодаря медленной тракции надежно захваченного инородного тела и комбинированному использованию эндоскопического оборудования и хирургического инструмента.

## ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Новохатний П.В.

КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья», Запорожье, Украина

**Введение.** Зарубежные авторы отмечают затруднения при интубации трахеи в 1,5–8,5% случаев. Отечественные литературные источники отмечают, что при обычной анестезии частота трудной интубации трахеи составляет 3–18%. Трудности при интубации трахеи могут приводить к серьезным осложнениям, особенно если интубация неудачна.

**Цель работы:** поделиться опытом использования эндоскопической техники при проведении эндотрахеального наркоза пациентам с хирургической патологией.

**Материалы и методы.** За период с 2012 по 2015 год включительно в КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья» нами проведена эндоскопическая интубация трахеи у 369 пациентов с хирургической патологией. Показаниями к проведению эндоскопической интубации трахеи были сокращение объема движения нижней челюсти, нестабильность шейного отдела позвоночника, анатомические особенности затрудняющие оротрахеальную интубацию под контролем прямой ларингоскопии. Последняя группа включала в себя короткую шею, увеличенный язык, аномалии хрящей гортани (наиболее часто встречалась дисгенезия надгортанника). Все пациенты были старше 18 лет. Использовались фиброbronхоскопы Olympus VF type 20D и B-VO-3 ЛОМО. Манипуляции проводились под местной терминальной анестезией лидокаином 10% и под общим обезболиванием (внутривенный наркоз). Методика эндоскопической интубации трахеи состояла в следующем. Интубационную трубку калибра 7,5–8,0 мм располагали на тубусе фиброbronхоскопа. Последний проводили в трахею трансназально

либо трансорально. После определения эндоскопических маркеров трахеи (хрящевые кольца, карина) в её просвет спускали интубационную трубку.

**Результаты.** Эндоскопическая интубация под вводимым наркозом проходила после нескольких неудачных попыток выполнения манипуляции стандартным способом под контролем прямой ларингоскопии. При этом наблюдался отек гортани, осадение её слизистой, ухудшающие условия эндоскопического исследования. Однако главным негативным фактором являлся лимит времени, отводимого на процедуру. Как правило, он не превышал 35 секунд, в течение которых пациент оставался без вентиляционной поддержки. В силу вышесказанного провести эндоскоп в трахею не всегда удавалось с первого раза. Количество попыток доходило до 4. При проведении эндоскопа через носовую полость траектория его движения пролегла через нижний, реже средний носовой ход. После прохождения хоаны под мягким небом четко визуализировалась гортань. Оротрахеальная фиброbronхоскопия затруднялась наличием «слепой» зоны между языком и твердым небом. Для её успешного преодоления эндоскоп продвигали строго по срединной линии.

**Заключение.** Лучшие условия эндоскопической интубации трахеи обеспечивает местная анестезия при спонтанном дыхании пациента. Трансназальный способ проведения фиброbronхоскопа обеспечивает визуальный контроль при прохождении всех анатомических отделов и является, на наш взгляд, оптимальным в ургентных ситуациях.

## ЕНДОСКОПІЧНІ ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ В НЕВІДКЛАДНІЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНИЙ ХІРУРГІЇ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Кондратюк О.П., Хілько Ю.О., Литвин О.І.

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

**Вступ.** Основною задачею лікування механічної жовтяниці в ургентній абдомінальній хірургії є декомпресія біліарного тракту.

**Матеріали та методи.** Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 2340 пацієнтів з холедохолітазом та пухлинами периапулярної зони, що знаходилися на лікуванні у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу з 2010 по 2016 рр. З них холедохолітаз спостерігали у 1710 (73,1%) пацієнтів, пухлини периапулярної зони — у 630 (26,9%) пацієнтів. Серед досліджуваних пацієнтів було 1210 (52%) жінок і 1130 (48%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав 55,8±10,55 років.

**Результати.** В групу неускладненого холедохолітазу нами були включені 630 пацієнтів, розміри конкрементів яких не перевищували діаметр дистального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП), що при виконанні адекватної ендоскопічної папілосфинктеротомії (ЕПСТ) дозволяло легко видалити їх за допомогою кошика Дорміа чи балонного літосектора. Мікрохолелітаз спостерігали у 127 пацієнтів. Множинний холедохолітаз мав місце у 495 пацієнтів, при його лікуванні застосовували активну та активно-вигукувальну тактику лікування. Вклинені конкременти великого сопочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) спостерігалися у 175 пацієнтів. Всі хворі з ампулярним холедохолітазом підлягали

ендоскопічному лікуванню з пріоритетним застосуванням атипової папілотомії. Фіксовані конкременти жовчних протоків мали місце у 207 пацієнтів. Складнощі ендоскопічного лікування цієї категорії пацієнтів зумовлені щільною фіксацією конкремента в інтрапанкреатичному відділі ЗЖП, що не дає можливості обйти конкремент інструментом з метою його захоплення та видалення. ЕТПВ при синдромі Мірізі виконували у 76 пацієнтів. Механічна літотрипсія була ефективною лише у 29 пацієнтів з цією нозологією ендобіліарного тімчасового стентування.

Ускладнення ендоскопічних транспаплярних втручань відмічали у 127 (7,4%) пацієнтів: кровотеча з країв папілотомічної рани — у 67, гострий панкреатит — у 54, вклинена кошику Дорміа з конкрементом в дистальному відділі жовчної протоки — у 4 та ретродуоденальна перфорація — у 2 пацієнтів.

Ендоскопічні біліодекомпресивні втручання виконані нами у 615 пацієнтів з іктерогенними пухлинами периапулярної зони. Як діагностичний та лікувальний метод, супрапаялярна холедоходуоденостомія (СПХДС) при пухлинах ВСДК виконана у 115 пацієнтів. У 78 пацієнтів з переходом неопластичного процесу на дистальний відділ ЗЖП, СПХДС була безуспішною та доповнювалась ендобіліарним стентуванням.

Ендобілярне стентування з застосуванням тефлонових та нітінолових ендопротезів виконували у 422 пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози та дистального відділу загальної жовчної протоки. З них — у 285 випадках стенти встановлювали як перший етап хірургічного лікування пацієнтів, а у 137 пацієнтів — як завершальний паліативний метод відновлення жовчедітоку. Нітінолові стенти з поліуретановим покриттям використовували у 128 пацієнтів з пухлинами підшлункової залози та дистального відді-

лу ЖП, без покриття — у 70 пацієнтів. Ускладнення після ЕТПВ при периапулярних пухлинах спостерігали у 72 (11,7%) пацієнтів.

**Висновки.** У пацієнтів з тривалою та високою обтураційною жовтяницею і вираженою печінковою недостатністю доцільним є проведення передопераційної декомпресії жовчних протоків з пріоритетним застосуванням транспаплярного ендоскопічного доступу.

## ЕНДОСКОПІЧНА ДЕКОМПРЕСІЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ ПРИ ПУХЛИНАХ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г.

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

**Вступ.** Рак великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) зустрічається у 0,004–0,12% загальної популяції та займає 3 місце серед усіх причин злоякісної обтураційної жовтяниці. На сьогоднішній день не викликає сумнівів необхідність ліквідації білярної гіпертензії в передопераційному періоді, однак вибір методу, його тривалість та терміни виконання оперативного втручання залишаються дискусійними.

**Матеріали і методи.** Нами досліджені результати виконання 462 ендоскопічних транспаплярних втручань пацієнтам з пухлинами ВСДК, що знаходилися на лікуванні в клініці інституту з 2005 по 2016 рр. Серед досліджуваних пацієнтів було 244 (52,8%) жінки і 218 (47,2%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав 56,5±9,57 років.

**Результати.** Ми виділяємо наступні ендоскопічні форми раку ВСДК:

1. дилатация ЖП та головної панкреатичної протоки при відсутності видимих ендоскопічних змін ВСДК. Діагноз в таких випадках встановлювали після проведення ендоскопічного дослідження та діагностичної папілотомії з подальшою прищільною біопсією змінених тканин;
2. інтраампулярний тип — збільшення розмірів сосочка; слизова оболонка, що вкриває ампулу ВСДК не змінена; діагноз встановлюється після виконання діагностичної папілотомії;
3. протрузія пухлини через вічко ВСДК;
4. екстраампулярний тип — часткове чи тотальне ураження ампули сосочка неопластичним процесом;

5. виразковий тип — виразковий дефект медіальної стінки ДПК в периапулярній зоні;
6. органічний стеноз нисхідного відділу ДПК.

Вирішальним методом діагностики пухлин ВСДК була дуоденоскопія з прищільною біопсією змінених тканин ампули сосочка та подальшим гістопатологічним дослідженням біоптату. У 145 пацієнтів з інтраампулярним раком біопсією пухлини виконували після атипової діагностичної папілотомії. Як діагностичний та лікувальний метод, супрапапілярна холедоходуоденостомія (СПХДС) при пухлинах ВСДК виконана у 260 (56,3%) пацієнтів. У 158 пацієнтів з переходом неопластичного процесу на дистальний відділ ЖП, СПХДС була безуспішною та доповнювалась ендобілярним пластиком стентуванням. У 44 випадках нерезектабельного раку ВСДК було проведено нітінолове ендопротезування жовчних шляхів як завершальний етап хірургічного лікування даної категорії пацієнтів. Нітінолові стенти з поліуретановим покриттям використовували у 32 пацієнтів з пухлинами ВСДК, без покриття — у 12 пацієнтів. У 275 пацієнтів були декомпресивні ендоскопічні транспаплярні втручання (ЕТПВ) при пухлинах ВСДК виконували як перший етап підготовки хворого до радикального хірургічного втручання.

Ускладнення після ЕТПВ виникли у 48 (10,4%) пацієнтів. Кровотечі після ендоскопічних операцій спостерігали у 22 пацієнтів, гострий панкреатит — у 10, міграції стентів — у 9 пацієнтів, ранню обтурацію ендопротезів — у 7 пацієнтів. Летальних випадків не було.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ВИРАЗКІВ ШЛУНКА, ЩО ПОГАНО РЕГЕНЕРУЮТЬ

Петрушенко В.В., Радюга Я.В., Гребенюк Д.І., Собко В.С.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

**Вступ.** Хронічна виразка шлунку, що погано регенерує протягом багатьох десятиліть залишається актуальною проблемою медицини в цілому та хірургії зокрема. Зважаючи на це постає питання про розробку та впровадження нових методів лікування, серед яких перспективним напрямком є локальне введення стимуляторів репаративних процесів, зокрема аутоотрансплантація плазми збагаченої тромбоцитами.

**Мета роботи:** оцінити ефективність ендоскопічної аутоотрансплантації плазми збагаченої тромбоцитами в лікуванні хронічних виразок шлунку, що погано регенерують.

**Матеріали та методи.** В дослідження були включені 50 пацієнтів із хронічними виразками шлунку розмірами 1–3 см. В дослідну групу увійшло 23 пацієнти (стандартна консервативна противиразкова терапія доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми збагаченої тромбоцитами — Патент України на корисну модель № 104840), в групу порівняння — 27 пацієнтів (стандартна консервативна противиразкова терапія).

На 1, 7 та 14 добу виконували ендоскопічне дослідження із поліпозиційною біопсією та визначенням площі виразок.

**Результати.** У групі порівняння на 7 добу відмічалася достовірне ( $p < 0,01$ ,  $t$ -критерій Стьюдента) зменшення площі виразок із  $288,7 \pm 121,7$  мм<sup>2</sup> до  $191,5 \pm 113,4$  мм<sup>2</sup>. На 14 добу цей показник склав  $134,3 \pm 103,4$  мм<sup>2</sup> і також достовірно відрізнявся від показників, отриманих під час ініціального ендоскопічного дослідження ( $p < 0,01$ ,  $t$ -критерій Стьюдента).

Схожа тенденція прослідковувалася і в дослідній групі, де локальні репаративні процеси підсилювалися введенням плазми збагаченої тромбоцитами. Так, площа виразок на 14 добу ( $37,0 \pm 52,9$  мм<sup>2</sup>) була значно меншою від площі на 1 ( $292,5 \pm 129,3$  мм<sup>2</sup>) та 7 ( $147,9 \pm 99,9$  мм<sup>2</sup>) добу ( $p < 0,01$ ,  $t$ -критерій Стьюдента).

Крім оцінки динаміки репаративного процесу всередині кожної групи, також ми порівнювали розміри виразкових дефектів в обох групах на кожному терміні дослідження. Так, якщо на 1 добу дослідження жодних відмінностей ( $p > 0,05$ ,  $t$ -критерій Стьюдента) між показниками площі виразок в обох групах не було, то на 7 добу нами було помічено більш швидке, хоча й недостовірне ( $p > 0,05$ ,  $t$ -критерій Стьюдента) зменшення площі в дослідній групі. На 14 добу відмінності були ще більш вираженими, і на цей раз були достовірними ( $p < 0,01$ ,  $t$ -критерій Стьюдента).

Повне загоєння виразок шлунку на стадії "червоного рубця" спостерігалося при ендоскопічному дослідженні лише на 14 добу у 19 пацієнтів. Абсолютно всі випадки повного загоєння виразкових дефектів припадали на частину пацієнтів із виразками середніх розмірів.

**Висновки.** Однократна локальна ендоскопічна аутоотрансплантація плазми збагаченої тромбоцитами на фоні противиразкової терапії дозволяє достовірно прискорити процес епітелізації виразкових дефектів протягом 14 дб, зменшити площу виразкових дефектів великих розмірів та досягти 100% загоєння виразкових дефектів середніх розмірів.

## СУЧАСНА ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ТОНКОГО КИШКІВНИКА

Пироговський В.Ю., Сорочкін Б.В., Задорожний С.П., Тараненко А.О., Злобенець С.О., Плем'яник С.В., Гречана У.І., Носє А. Дж.

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

**Вступ.** Патологія тонкої кишки стає все більш актуальною темою. Тепер ми маємо можливість повної ендоскопічної візуалізації останньої за допомогою капсульної ендоскопії (КЕ) та двобалонної ендоскопії. Стало можливим побачити не лише таку специфічну патологію як хвороба Крона чи целиакія, а також оцінити вплив на слизову тонкої кишки зроговілих факторів (медикаменти, променева терапія, посттрансплантаційні зміни тощо), ознаки системних уражень.

**Матеріали та методи.** В період з травня 2011 року по квітень 2016 року методом КЕ обстежено 470 пацієнтів. КЕ проведено із використанням системи капсульної ендоскопії ОМОН. Стандартна підготовка включала дотримання безшлакової дієти протягом 2 днів, Фортранс за схемою: 2 пакети в перший день підготовки та 4 пакети напередодні за умови відсутності активної кровотечі на момент обстеження. Було обстежено 470 пацієнтів за період з травня 2011 року по квітень 2016 року, з них — 287 жінок, 183 чоловіків, середній вік — 50,5 років (від 16 до 85 років). Показани до обстеження були: абдомінальний больовий синдром — 48,5%, шлунково-кишкові кровотечі неясного генезу — 21,6%, діарея неясного генезу — 24,6%, інше — 4,3%. ДБЕ проведено за допомогою двобалонного ендоскопа Pentax. Виконано 17 обстежень за період з жовтня 2014 по квітень 2016 року. Всі пацієнти відібрані для обстеження на підставі попередньої проведеної КЕ. Використано трансанальний доступ у 12 пацієнтів, трансанальний доступ у 5 пацієнтів. Середній вік склав 41 (29–53) рік. Стать: 9 чоловіків та 8 жінок. Час прове-

дення антеградної ДБЕ був  $90,1 \pm 20,1$  хвилин і ретроградної ДБЕ  $120,0 \pm 11,0$  хвилин. Показани до обстеження були: синдром Пейтца-Егерса — 1 пацієнт, підозра на пухлину тонкої кишки — 6 пацієнтів, тонкокишкова кровотеча — 3 пацієнти, підозра на целиакію — 2 пацієнти, недиференційована ентеропатія — 5 пацієнтів.

**Результати.** При проведенні КЕ виявлено наступні ендоскопічні зміни слизової тонкої кишки: хвороба Крона тонкої і товстої кишки — 8,3%; пухлини тонкої кишки — 5,8%; хронічний ентерит з атрофією ворсинок — 12,3%; целиакія — 1,5%; поліпи тонкої кишки — 3,2%; хронічний ентерит без атрофії ворсинок — 27,2%; хвороба Крона тонкої кишки — 17,3%; виразки голодної і клубової кишки — 6,7%; кишкова кровотеча без чіткого джерела локалізації — 0,8%; судинна мальформація тонкої кишки — 6,8%; метастази в тонку кишку — 0,5%; нормальна ендоскопічна картина тонкої і клубової кишки — 9,6%. У 3(0,1%) пацієнтів з хворобою Крона тонкої кишки виникла затримка капсули. І хвора пролікована консервативно, капсула виїшла самостійно, в 1 пацієнтки виконано спробу видалення капсули за допомогою ендоскопа (трансанальний доступ). Через виражене запалення не вдалося пройти за стенозовану ділянку. Пацієнтка отримувала базисну терапію із застосуванням кортикостероїдів, харчування ізокалорійною сумішшю з виключенням інших продуктів. Через 7 днів виконано успішне ендоскопічне видалення капсули. У 1 пацієнта розвинулася гостра кишкова непрохідність. Інтраопераційно — аденокарцинома здухвинної кишки.