

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, супрапапулярна холодоходоуденостомія (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 противиражкова терапія доповнена ендоскопічною аутоотрансплантацією плазми збагаченої тромбоцитами — Патент України на корисну модель № 104840), в групу порівняння — 27 пацієнтів (стандартна консервативна противиражкова 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 $288,7 \pm 121,7$ мм² до $191,5 \pm 113,4$ мм². На 14 добу цей показник склав $134,3 \pm 103,4$ мм² 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 ($37,0 \pm 52,9$ мм²) була значно меншою від площі на 1 ($292,5 \pm 129,3$ мм²) та 7 ($147,9 \pm 99,9$ мм²) 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 противиражкової 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 зрогенних 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 ОМОМ. 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. 1 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.

Загальна діагностична цінність ДБЕ складала 82,3% (14 пацієнтів). Результати ВКЕ корелювали з результатами ДБЕ в 76,4% (13 пацієнтів). У 6 пацієнтів було виявлено хворобу Крона, у 1 — лейоміому, у 3 пацієнтів, які обстежувалися з приводу підозри на підслизове утворення діагноз не підтвердився, у 2 пацієнтів підтверджено целіакію, у 1 — ліпому, ще у 1 випадку — аденоматозний поліп, у 2 випадках — геморагічну ентеропатію, пацієнтці з синдромом Лейтца-Егерса виконано ендоскопічну поліпектомію. З нетяжких ускладнень можна відмітити біль у горлі після тривалості процедури

більше 120 хв у 2 пацієнтів. Тяжких ускладнень не було.

Висновки. КЕ та ДБЕ мають співставну діагностичну цінність при хворобах тонкої кишки, в тому числі при шлунково-кишкових кровотечах неясної етіології. КЕ повинна бути стартовою діагностичною методикою через її неінвазивність, добру переносимість, можливість оглядати всю тонку кишку. Через терапевтичні можливості ДБЕ може бути показано пацієнтам з позитивним результатом КЕ, що вимагає біопсії або терапевтичного втручання.

ГЕТЕРОТОПИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

Симонова Е.В.

ГУ «Інститут гастроентерології НАМН України», г.Дніпропетровськ, Україна

Гетеротопія — атипична локалізація тканин или частей органов, т.е. наличие их на необычном для них месте. Гетеротопированная слизистая оболочка желудка может встречаться в любом отделе желудочно-кишечного тракта. Состояние, при котором она локализуется в двенадцатиперстной кишке (ДПК) называется «гетеротопия слизистой оболочки желудка в ДПК» (ГСОЖ).

ГСОЖ в ДПК классифицируется как врожденное доброкачественное состояние, встречающееся с частотой 0,5 — 2% в общей популяции, чаще — у женщин, и, согласно последним данным, может быть обусловлено генной мутацией.

Основными методами диагностики являются эндоскопическое и гистологическое исследование.

При эндоскопии ГСОЖ выявляется в виде нодулярных (узловатых), приподнятых, образований от 2 до 10 мм диаметром, расположенных группами, покрытых гиперемированной слизистый. Очаги слизистой оболочки желудка, как правило, локализируются в проксимальном отделе ДПК, сразу за привратником, чаще на передней стенке. При осмотре очагов эктопии в режиме NBI четко определяются признаки слизистой оболочки тела желудка с рисунком капиллярной субинтимальной сети в виде «пчелиных сот», с округлыми или овальными ямками.

При гистологическом исследовании в биоптатах выявляют слизистую оболочку желудка фундального типа с наличием главных, париетальных и слизистых клеток, в ряде случаев инфицированную *Helicobacter pylori* (Hр).

Врожденный тип желудочной гетеротопии зачастую сочетается с эрозиями и язвами, с возможным кровотечением. Возникновение язв, вероятно, обусловлено продукцией соляной кислоты и пепсина. В литературе описаны единичные случаи возникновения аденомы из участков ГСОЖ.

Чаще данная патология является асимптоматичной и выявляется случайно. При наличии симптомов, характерных для кислотозависимой патологии, назначают ингибиторы протонной помпы (ИПП).

Прогноз, как правило, благоприятный. По данным ряда исследователей, эрадикация Hр может приводить к регрессии очагов ГСОЖ.

Собственные результаты. ГСОЖ была выявлена у 5 пациентов с различной гастроэнтерологической патологией, из них 3 женщины, 2 мужчины, в возрасте 28—56 лет.



Рис. 1

Очаги гетеротопии слизистой оболочки желудка в луковице ДПК. Осмотр в белом свете.

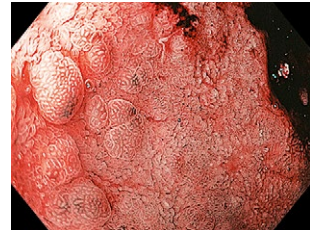


Рис. 2

Очаги гетеротопии слизистой оболочки желудка в луковице ДПК. Осмотр в NBI режиме.

У 3 больных очаги эктопии локализовались на передней стенке, у 2 — распространялись на заднюю стенку. В 2 случаях ГСОЖ сочеталась с эрозивными изменениями в луковице ДПК, в 1 — с язвой луковицы ДПК.

В протоколах предыдущих эндоскопий у данных пациентов были следующие заключения: «полипы луковицы ДПК», «зернистая бульбопатия», «фолликулярная бульбопатия» и т.п. В результате некоторых предшествующих гистологических исследований биопсионного материала из луковицы ДПК были выставлены заключения: «полип желудка», «гастрит тела желудка».

Выводы. ГСОЖ в луковице ДПК в целом не является серьезной клинической проблемой и не имеет злокачественного потенциала, но эндоскопические проявления в сочетании с язвообразованием и некротом могут имитировать малигнизацию. Поэтому гистопатологическое исследование биоптата является достаточно важным. Согласно данным исследователей данная патология не требует хирургического и эндоскопического лечения, но нуждается в эндоскопическом наблюдении.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Скумс А.В., Гулько О.Н., Кондратюк В.А., Симонов О.М., Сердюк В.П., Ганжа В.А., Цубера Б.И.

Национальный Институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова НАМН України, г.Киев, Україна

Введение. Способность гормонально-активных опухолей надпочечников, а особенно хроматофильных, синтезировать стрессовые гормоны, накапливать и выделять их в сосудистое русло в огромном количестве (в течение операции концентрация в крови катехоламинов может в сотни раз превышать нормальные значения) приводит к гемодинамическим нарушениям, фатально опасным для жизни пациента. Это обстоятельство диктует поиск новых подходов к решению этой важной проблемы.

Целью нашего исследования было изучение результатов лечения пациентов с заболеваниями надпочечников, которым выполнена адреналэктомия (в открытом или лапароскопическом варианте) после предварительной эмболизации артериального русла и коагуляции центральной вены пораженного надпочечника.

Материалы и методы. В период 2015—2016 гг. в отделе хирургии сочетанной патологии и заболеваний брюшного пространства Национального Института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова было выполнено 14 лапароскопических адреналэктомий при различных заболеваниях надпочечников. В исследованной группе было 6 (42,8%) мужчин и 8 (57,2%) женщин в возрасте 41,4 (34—63) лет со следующей патологией надпочечников: феохромоцитомы — 10 (71,4%), альдостеромы — 1 (7,1%), адренокортикальный рак — 2 (14,3%), кортикостеромы — 1 (7,1%). Правосторонняя локализация была у 8 (57,1%) пациентов, левосторонняя — у 6 (42,9%) пациентов. Средний размер опухолевого поражения составил 4,8 (3—8) см.

Всем пациентам первым этапом выполнялась рентгенэндоваскулярная коагуляция центральной вены, а в 6 случаях и селективная эмболизация артерий надпочечников.

Для этого катетеры проводили через бедренную артерию и вену под контролем рентгеновского изображения. После артериографии, последовательно катетеризировали аорту, почечную, диафрагмальную артерии и последовательно селективно эмболизировали артерии, кровоснабжающие пораженный надпочечник. После выполнения диагностической флебографии металлический проводник Сельдингера вводили в просвет центральной вены на всю ее длину. Проводник выполнял роль моноактивного электрода. Дистальный конец его присоединяли к электрохирургическому аппарату. Электрокоагуляцию проводили с помощью тока высокой частоты в течение 2—3 секунд при силе тока 4—5 А. Венозная стенка бедренной, нижней полой и почечной вен защищена от воздействия электрического тока катетером, который выполняет роль изолятора.

Все пациенты были прооперированы на следующие сутки. **Результаты.** Осложнений во время проведения рентгенэндоваскулярного этапа мы не наблюдали. Через 5—6 минут после электрокоагуляции, проводилась контрольная флебография, на которой мы констатировали полную окклюзию вены.

Все операции закончились лапароскопически. Во время проведения операций каких-либо гемодинамических нарушений не наблюдали. Конверсии не было. Кровопотеря минимальная. Гемотрансфузии не производились. Неспецифических осложнений в послеоперационном периоде не было.

Выводы. Мультидисциплинарный подход в лечении опухолей надпочечных желез позволяет минимизировать осложнения при выполнении операций на надпочечниках и сделать оперативное лечение более безопасным.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МІНІ-ШУНТУВАННЯ ШЛУНКУ

Тивончук О.С., Кондратенко Б.М., Згонник А.Ю., Москаленко В.В.

Национальний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ, Україна

Вступ. Наведено перший досвід застосування міні-шунтування шлунка (МШШ) в Україні. Операція міні-шунтування шлунка, розроблена доктором R. Rutledge (США, 1997), яка вважається короткою і відносно простою баріатричною операцією, має низький ризик і дає добрі результати, як у близькі, так і в віддалені терміни. Міні-шунтування шлунка є комбінованою баріатричною процедурою, що включає гастрорестриктивну і малоабсорбтивну процедури.

Матеріали та методи. У відділі хірургії шлунково-кишкового тракту НХТ з жовтня 2013 р. по грудень 2015 р. МШШ лапароскопічним доступом виконано 17 пацієнтам з морбідним ожирінням (6 чоловікам та 11 жінкам), середній вік яких становив 42,6±7,6 року, середній індекс маси тіла — 44,3±3,8 кг/м².

Спосіб операції. На межі тіла й антрального відділу шлунку пересікається степлером під прямим кутом до малої кривини, потім, на зонді 28—40 Fg, за допомогою лінійних степлерів, розділюється в проксимальному напрямку, паралельно малій кривині, та завершується латеральніше від кута Гіса. Після ретракції великого сальника ідентифікується зв'язка Трейца, від якої на відстані 200 см анастомозується дистальний кінець сформованого малого шлункового резервуара з тонкою кишкою кінцем у бік. Лапароскопічне МШШ виконували доступом з 5 троакарів, та за допомогою лінійного ендостеплера (Covidien EndoGIA, 45 мм) формували гастроєзоноанастомоз на відстані 200 см від зв'язки Трейца, передня стінка шивалася вручну дворярним швом (Ti-cron 2/0 і 3/0) з обов'язковим виконанням проби на герметичність анастомозу.