

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 ціліацію, 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 показана 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 гиперемизированной слизистостью. 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 субэпителиальной 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 дуоденуме ДПК. Осмотр в белом свете.



Рис. 2

Очаги гетеротопии слизистой оболочки желудка в дуоденуме 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 дуоденуме ДПК, в 1 — с язвой дуоденальной ДПК.

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

Выводы. ГСОЖ в дуоденуме ДПК в целом не является серьезной клинической проблемой и не имеет злокачественного потенциала, но эндоскопические проявления в сочетании с язвообразованием и некрозом 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 Украины, г.Киев, Украина

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 забрюшинного 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%), аденокортикальный 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 в первом этапе 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 аппарата. После ангиографии, последовательно катетеризировали аорту, почечную, диафрагмальную артерии и последовательно селективно эмболизировали артерии, кровоснабжающие пораженный надпочечник. После выполнения диагностической флюорографии 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 флюорография, 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. Гемотрансузи 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 близькій, так і в віддаленій перспективі. 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 ідентифікуються зв'язка Трейца, від якої на відстані 200 см анастомозується дистальний кінець сформованого малого шлункового резервуара з тонкою кишкою кінець у бік. Лапароскопічне МШШ виконували доступом з 5 троакарів, та за допомогою лінійного ендостеплера (Covidien EndoGIA, 45 мм) формували гастроєнтероанастомоз на відстані 200 см від зв'язки Трейца, передня стінка ушивалася вручну дворядним швом (Ti-cron 2/0 i 3/0) з обов'язковим виконанням проби на герметичність анастомозу.