



РЕДАКТОР,
ПОЛКОВНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
НИКОЛАЙ РУБЦОВ

Дорогие друзья!

Для этого номера журнала мы отобрали статьи, касающиеся актуальных вопросов проктологии, урологии, торакальной хирургии, хирургии желудочно-кишечного тракта и билиарной системы.

Так, в разделе "Экспериментальные исследования" группой хирургов-проктологов Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Украины представлен первый опыт малоинвазивного лечения рецидивирующих свищей прямой кишки. Предложенная методика будет несомненно интересной для проктологов, имеющих опыт лечения подобной патологии и мы надеемся на получение отзывов касательно этой статьи.

Доктор медицинских наук Владимир Никишаев представляет первый опыт использования радиочастотной коагуляции в эндоскопическом гемостазе у пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Так же, первый опыт использования лапароскопических операций в лечении 6 пациентов с простыми кистами почек, показавший обнадеживающие результаты, представлен группой эндоскопистов и урологов Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Украины.

Обобщающий опыт видеоторакоскопических операций, основанный на диагностике и лечении 96 пациентов с заболеваниями органов грудной клетки, представлен в виде совместной научной работы двух клиник торакальной хирургии — Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Украины и Института фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины.

В разделе "Клинический опыт" доцентом кафедры факультетской хирургии Львовского медицинского университета Коломийцевым В.И. обобщены и прекрасно проиллюстрированы показания к эндоскопическим ретроградным вмешательствам на билиарной системе при остром билиарном панкреатите, основанные на опыте лечения 186 пациентов с данной патологией.

Ждем от Вас отзывы, новые исследования и научные работы!



ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 6 Малоінвазивне лікування рецидивних неспецифічних повних екстрасфінктерних норниць прямої кишки
Лурін І.А., Замковий А.Д., Шудрак А.А., Гутверт Р.В., Нечай В.С.

Minimally Invasive Treatment of Recurrent Nonspecific Full Extraspincter Anal Fistulas
I.A. Lurin, A.D. Zamkowi, A.A. Shudrak, R.V. Gutvert, V.S. Nechay

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 8 Перший клінічний досвід використання радіочастотної коагуляції в ендоскопічному гемостазі та профілактиці кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту
Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Лемко І.І.

The First Experience of Radiosurgery Endoscopic Treatment for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding
V.I. Nikishaev, V.V. Boyko, I.I. Lemko

- 10 Досвід лапароскопічної резекції простої кісти нирки
Чернев В.М., Головка С.В., Собков Я.В., Слободяник В.П., Ткач К.Д.

Laparoscopic Unroofing of Simple Renal Cysts
V.N. Chernev, S.V. Golovko, J.V. Sobkov, V.P. Slobodanik, K.D. Tkach

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

- 13 Відеоторакоскопічні операції в діагностиці та лікуванні захворювань органів грудної клітки
Калабуха І.А., Сафонов В.Є., Крамаренко Ю.С.

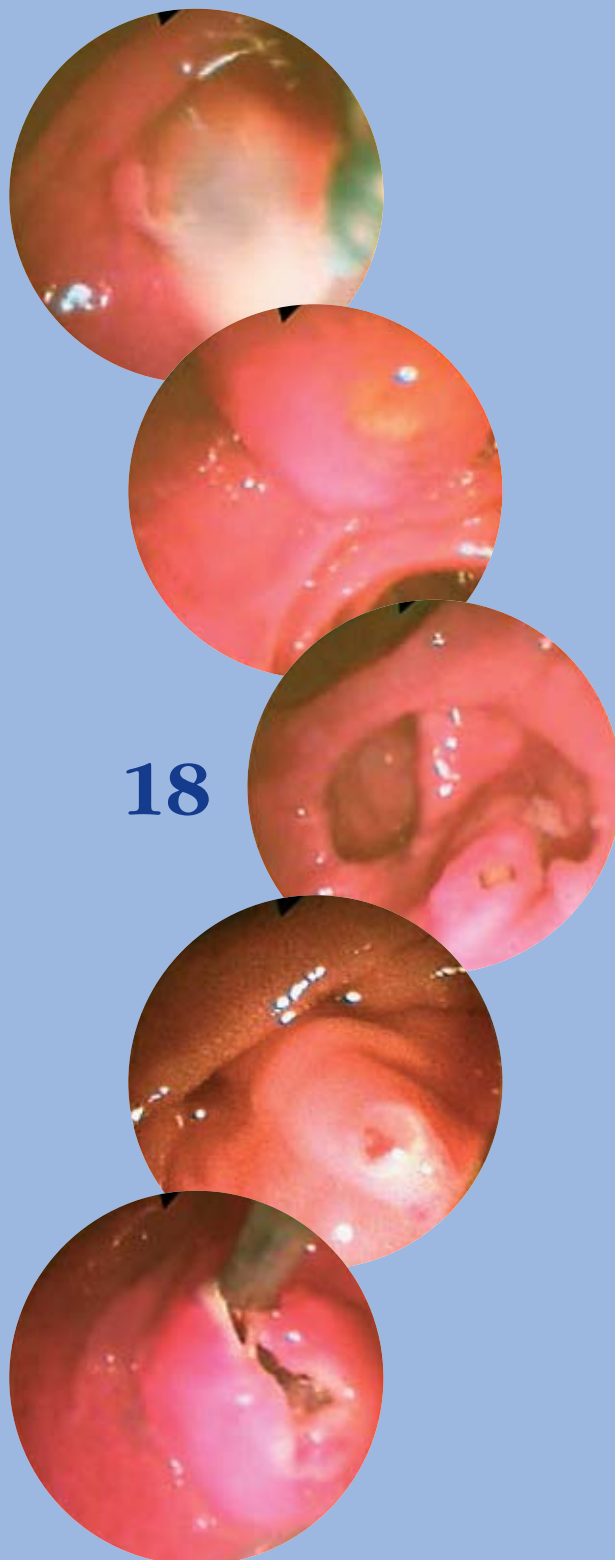
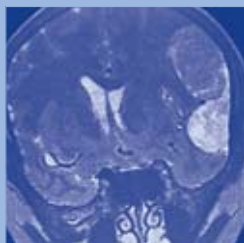
Videothoroscopic Operations in Diagnostics and Treatment of Chest Organs Diseases
I.A. Kalabukha, V.E. Safonov, Yu.S. Kramarenko

- 18 Показання до ендоскопічних ретроградних втручань на дуоденальному сосочку і біліарній системі та їх обсяг у хворих на гострий біліарний панкреатит
Коломійцев В.І.

The Indications for Endoscopic Retrograde Procedures on Duodenal Papilla and Biliary Ducts in Patients with Acute Biliary Pancreatitis
V.I. Kolomiytsev

НА ОБЛОЖКЕ

МРТ-картина
гигантской
менингеомы левой
лобно-височной
области в форме
"песочных часов",
составляющая
17, 5 см в
коронарном размере.



18



**29 и 30 мая 2004 г
в Киеве состоялась научная конференция
"СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ",
организованная Ассоциацией врачей-эндоскопистов Украины
при поддержке Украинского общества терапевтов
под эгидой министерства здравоохранения Украины**

Участники конференции обсудили по четырем основным вопросам программы следующее:

1. Современный подход к диагностике заболеваний органов желудочно-кишечного тракта.
2. Предраковые заболевания желудка.
3. Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях пищевода.
4. Дезинфекция в эндоскопии.
5. Диагностическая и лечебная эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях.
6. Диагностическая и лечебная эндоскопия при заболеваниях панкреатобилиарной зоны.

На конференции были приняты следующие рекомендации:

1. При описании эндоскопических осмотров использовать терминологию и принципы их применения, рекомендованные МСТ (минимальная стандартная терминология органов пищеварения).
2. При описании рефлюкс-эзофагита пользоваться Лос-Анжелесской классификацией (1994 г.), а при наличии его осложнений возможно применение классификации MUSE.
3. При описании опухолевых поражений пищевода, желудка и толстой кишки пользоваться Парижской эндоскопической классификацией (2002 г.).
4. Тактика ведения больных при эпителиальных неоплазиях пищеварительного тракта должна проводиться в соответствии с согласованной Международной (Венской) классификацией (по R.L. Schlemper с соавт., 2000).
5. Шире применять вторичную профилактику рака у больных с предраковыми заболеваниями.
6. В бессимптомной популяции и естественных условиях риска развития рака проводить вторичную

профилактику рака в соответствии с рекомендациями Американского ракового общества.

7. Управлением здравоохранения областей и крупных городов — при закупке эндоскопической техники отдавать приоритет видеоэндоскопам.

8. Проведение очистки, дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним проводить в соответствии с методическими рекомендациями: "Методичні вказівки щодо очищення, дезінфекції та стерилізації ендоскопів, а також медичного інструментарію до них. (Методичні рекомендації. МОЗ України. Київ, 2004)

9. При проведении дезинфекции и стерилизации преимущественно использовать жидкостные дезинфектанты и стерилизаны, рекомендованные фирмами — производителями эндоскопов.

10. Не использовать для дезинфекции эндоскопов и инструментов к ним дезсредства, не рекомендованные фирмами производителями эндоскопов; препараты состоящие из четвертичных аммониевых соединений или имеющих их в своем составе, а также препаратами, действие которых основано на выделении активного кислорода (Peroxugen) или хлора (диоксид хлора) в соответствии с рекомендациями Американской, Европейской, Британской ассоциаций гастроинтестинальной эндоскопии.

11. Чаше использовать тотальную интравенозную анестезию при проведении диагностической и лечебной эндоскопии и особенно в педиатрической практике.

12. Шире внедрять в практическое здравоохранение малоинвазивную хирургию, позволяющую добиваться значительного экономического эффекта и быстрой реабилитации больных.

МАЛОІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ПОВНИХ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

Лурін І.А., Замковий А.Д.*, Шудрак А.А., Гутверт Р.В., Нечай В.С.

Проктологічне відділення, Головний військовий клінічний госпіталь МО України, Київ

*Центр крові МО України, Київ

Minimally Invasive Treatment of Recurrent Nonspecific Full Extrasphincter Anal Fistulas

I.A. Lurin, A.D. Zamkowi *, A.A. Shudrak, R.V. Gutvert, V.S. Nechay

Department of Proctology, Main Military Clinical Hospital of Ministry of Defense of Ukraine, Kiev

*Blood Centre of Ministry of Defense of Ukraine, Kiev

Получена 09 апреля 2004

Допущена 12 июня 2004

Summary

In article is given the first in Ukraine experience of application autotrombin glue in minimally invasive treatment of recurrent nonspecific full extrasphincter anal fistulas, as alternative of their surgical treatment.

Authors developed and introduced an appropriate minimally traumatic technique into clinical practice. Encouraging positive results of treatment are received from 5 patients with this serious pathology.

Keywords: recurrent nonspecific full extrasphincter anal fistulas, minimally invasive treatment, biological autoglu, autocrioprecipitat, trombin.

Вступ

Проблема лікування нориць прямої кишки (НПК) залишається і на теперішній час актуальною та потребує подальшої оптимізації завдяки великій кількості розбіжностей у підходах до цієї проблеми різних авторів.

Не є рідкістю незадовільні безпосередні та віддалені результати цього лікування (виникнення рецидивів, післяопераційної інконтиненції різних ступенів). На даний час не підлягає сумніву те, що єдиний радикальний метод лікування параректальних нориць — хірургічний (Федоров В.Д., 1997). Але в останні роки в проктологічних клініках багатьох країн почали широко застосовувати аутофібринний клей, як альтернативу хірургічному втручання. Під загальною анестезією проводиться кюретаж нориці ложечкою Фолькмана і після промивання розчином анти-

септику по ходу нориці вводиться спеціально приготовлений аутофібринний клей. Серед переваг методики автори виділяють відсутність порушення функції сфінктеру, та досить високу ефективність в 60-80% випадків (Park J.J. et al., 2000; Venkatesh K.S. et al., 1999; Cintron J.R. et al., 1999; Patrljetal L., 2000). Оскільки методика тільки почала впроваджуватись, відсутні дані про віддалені результати, але вже висловлюється протилежна думка. Ряд авторів вважають цей метод неефективним (Aitoba P. et al., 1999).

Матеріали та методи

В період з серпня по жовтень 2003 року, в проктологічному відділенні ГВКГ 5-ом хворим з рецидивними неспецифічними повними екстрасфінктерними норицями прямої кишки (РНПНПК) виконано "пломбування" нориць біологічним аутоклеєм (БАК). Для отримання клею заготовляли аутоплазму сепаратором крові "Cobe Spectra" (виробництво Швеція) в кількості 250 мл, з якої, користуючись промисловим регламентом виробництва кріопреципітату [2], в Центрі крові МО України отримували аутокріопреципітат. Після додавання до останнього 25 мл буферу (4,0 г тринатрієвої солі лимонної кислоти (цитрат натрію), 9,0 г хімічно чистого натрію хлориду, пропареного при 180°C на протязі 2 годин, та 3 г медичної глюкози, розчиняли в 900 мл аміачної

води) поміщали на водяну баню на 10 хв при постійному помішуванні. Аутокріопреципітат переливали в стерильні флакони по 20-25 мл (ємкість флаконів — 50 мл) заморожували в спирту при -40°C . Одну дозу кріопреципітату ділили на 3 флакони. Безпосередньо перед маніпуляцією в кожен флакон аутокріопреципітату додавали 4 флакончики тромбіну, який отримували на заводі бактеріальних препаратів (1 мл містить 100 ОД активності) [4] і розводили в 3-5 мл фізрозчину для отримання необхідної густини. У приготовлену основу БАК додавали:

1. комбінацію антибіотиків, до яких встановлена чутливість верифікованої мікрофлори, отриманої напередодні при мікробіологічному дослідженні;
2. одну ампулу водорозчинного контрасту.

Перед виконанням маніпуляції хворому проводили фістулографію одним із водорозчинних контрастів та кюретаж нориці прямої кишки ложечкою Фолькмана. Після цього норицевий хід промивався розчином тієї ж комбінації антибіотиків, до якої встановлена чутливість верифікованої мікрофлори, отриманої напередодні при мікробіологічному дослідженні [3]. Далі вводили БАК у НПК (до попадання у просвіт кишки) під рентгенконтролем, завдяки наявності у ньому контрасту, останній здійснювали на рентгенапараті Siregraph D-3 фірми Siemens (Німеччина). У подальшому пацієнт дотримувався суворого ліжкового режиму на протязі 3-х діб, на 4 добу режим змінювали. Паралельно проводили парентеральну антибіотикотерапію.

Наводимо клінічний приклад: хворий Ц., 1947 року народження, поступив в проктологічне відділення 25.02.2004 року. З анамнезу відомо, що в червні 2002 року був прооперований в районній лікарні з приводу гострого парапроктиту, після якого у нього сформувалась повна передня екстрасфінктерна параректальна нориця. В 2002 та 2003 році 4 рази оперований з приводу основного захворювання та його рецидивів. 26.02.2004 року під час виконання фістулографії виявлено черговий рецидив захворювання. В передопераційному періоді пацієнту проводили антибактеріальну терапію по схемі (метрид 0,5% розчину 100 мл 3 рази на добу внутрішньовенно краплинно та цефтріаксон 1,0 г внутрішньом'язово 2 рази на добу). 01.03.2004 року виконано кюретаж нориці ложечкою Фолькмана і після промивання розчином антисептику по ходу нориці ввели БАК. При рентгенконтролі виявили повне "пломбування" норицевого каналу. Перебіг післяопераційного періоду гладкий. Перші 3 доби хворий дотримувався суворого ліжкового режиму, який поступово розширили

починаючи з 4-ої доби, паралельно продовжував отримувати вищеописану антибіотикотерапію. 11.03.2004 року хворий у задовільному стані виписаний з відділення. Контрольний огляд 02.04.2004 року — даних за рецидив нориці не виявлено.

Результати дослідження та їх обговорення

У ранньому післяопераційному періоді та на протязі періоду від 1 до 6 місяців даних за рецидив НПК у вказаної групи хворих не виявлено.

Співставляючи відомі літературні дані про відсоток рецидивів та інконтиненції при хірургічному лікуванні вказаної патології з отриманими результатами, треба визнати значну перевагу розробленої нами малоінвазивної методики. Однак при цьому слід зазначити, що остаточні висновки про її негативні та позитивні сторони робити зарано, у зв'язку з малим досвідом її застосування.

Окремим питанням у малоінвазивному лікуванні РНПНПК за допомогою БАК повинна стояти попередня (до маніпуляції) повноцінна обробка норицевого ходу (кюретаж, або інші способи), при відсутності якої можливо передбачити незадовільні результати.

Висновки

Враховуючи світову тенденцію у хірургії, в тому числі і проктології, слід констатувати факт необхідності розробки сучасних малоінвазивних методик лікування НПЕНПК, серед яких своє місце може зайняти і впроваджена у клінічну практику запропонована нами методика. Показаннями для проведення останньої вважаємо рецидиви цього захворювання, при екстрасфінктерних норицях III-IV ступенів складності.

Література

1. Дульцев Ю.В, Саламов К.Н. (1981) Парапроктит. (Москва). "Медицина". с. 191-197
2. Ларічева Н.І., Перехрестенко П.М. (1999) Промисловий регламент виробництва препарату „Кріопреципітат сухий”. Київський науково-дослідний інститут гематології та переливання крові.
3. Лурін І.А. (2003) Антибактеріальна профілактика нориць прямої кишки. Хірургія України 4: 43-46
4. Фром А.А., Рудницкая М.З. (1976) Типовой регламент производства тромбина. Центральный ордена Ленина научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови. (Москва).

ПЕРШИЙ КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ В ЕНДОСКОПІЧНОМУ ГЕМОСТАЗІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ КРОВОТЕЧ ІЗ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТА

Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Лемко І.І.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

The First Experience of Radiosurgery Endoscopic Treatment for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

V.I. Nikishaev, V.V. Boyko, I.I. Lemko

Kiev's Emergency Hospital, Ukraine

Поступила 30 августа 2004
Допущена 10 сентября 2004

Summary

In our work we present the first results of radiosurgery endoscopic treatment in 102 patients for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding and polyps.

Keywords: radiosurgery, nonvariceal upper gastrointestinal bleeding, endoscopic treatment.

Вступ

Виразкова хвороба зустрічається приблизно у 10% населення, характеризується високою частотою загострень і ускладнень, в тому числі і кровотечами [4].

Кровотечі із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ВВШКТ) представляють собою серйозну проблему в клінічній практиці з частою виявленням 50-150 на 100000 населення в рік [5]. В США кожного року госпіталізують 150 на 100000 населення із шлунково-кишковими кровотечами (ШКК) із ВВШКТ. Смертність від них зменшилась внаслідок введення ендоскопічних інтервенційних методик в 1980-х роках і кращих методологій у лікуванні [3], але все ще вимірюється від 4% до 14% [2].

В Україні кожного року проходять лікування в стаціонарах з приводу ШКК більше 50000 пацієнтів. Кровотечі із виразок зупиняються спонтанно у 70-90% пацієнтів, однак у 10-30% із них виникає рецидив кровотечі (РК), який розглядається, як найбільш важливий фактор неблагоприятного наслідка лікування. Якщо серед хворих без РК летальність

складає 2-3%, то серед хворих з РК вона може досягти 20%. Таким чином, спостерігається десятикратне збільшення летальності.

У 1989 році консенсусна група спеціалістів по терапевтичній ендоскопії і шлунково-кишкових кровотечах Національного інституту охорони здоров'я (США) рекомендувала, щоб хворим із клінічними ознаками, зв'язаними з високим ризиком повторної кровотечі, або з ендоскопічним підтвердженням активної кровотечі, або видимими кровоносними судинами, проводили ендоскопічну терапію. На сучасному етапі інтервенційна ендоскопія розглядається, як золотий стандарт в інтенсивному лікуванні виразкової хвороби ускладненої кровотечею, тому сьогодні розробляються нові технології ендоскопічної зупинки кровотеч.

Матеріали та методи дослідження

Вперше в Україні за період з квітня по червень 2004 року в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги метод радіочастотної коагуляції (РЧК) застосований у лікуванні 102 хворих: триваюча виразкова кровотеча — 23, виразкова хвороба з стигматами недавньої кровотечі (тромбована судина, фіксований згусток) — 46, триваюча кровотеча при синдромі Меллорі-Вейсса — 20, ерозивна гастропатія, ускладнена кровотечею — 7,

поліпи шлунка — 4, ангіоектазія шлунка — 2. РЧК проводили електрохірургічним радіочастотним апаратом для коагуляції "Надія" (Україна) потужністю 120 Вт на частоті 3,5 МГц з використанням зонда фірми " Erbe"(Німеччина) діаметром 2,3 мм. Установку параметрів в кожному випадку проводили індивідуально. Хворі з кровотечами будь-якої етіології підлягали обов'язковому ендоскопічному моніторингу з врахуванням класифікації по Forrest.

Результати та їх обговорення

Ми проводили РЧК у 23 хворих з активною (струйне, просочування) виразковою кровотечею. В 9 випадках застосовували метод комбінованого гемостазу, коли проведенню коагуляції передувало введення фізіологічного розчину в підслизовий шар. Цим досягали тимчасового гемостазу, кращої візуалізації джерела кровотечі, а також виключали ймовірність надмірно глибокої дії. У всіх випадках було досягнуто первинного гемостазу. Рецидив кровотечі спостерігався у 1 хворого (4,3%), але після повторного застосування РЧК досягли стійкого гемостазу. В 46 випадках РЧК використовували для профілактики рецидива кровотечі (тромбовані судини, фіксований згусток). В результаті ендоскопічного моніторингу повторна кровотеча спостерігалась у 2 (4,3%) хворих без клінічних проявів кровотечі.

У випадку ерозивної гастропатії, ускладненої кровотечею, РЧК застосовували на великій поверхні слизової оболонки. В усіх випадках було досягнуто стійкого гемостазу. Рецидивів кровотечі не було.

Наш досвід застосування РЧК у лікуванні 2 хворих з ангіоектазіями шлунка, ускладнених кровотечами показує високу ефективність метода. Рецидиву кровотечі не відмічалось.

У 20 хворих з триваючою кровотечею при синдромі Меллорі-Вейсса шляхом застосування РЧК досяг-

нуто первинного гемостазу. Рецидиву кровотечі не було.

При характеристиці ефективності застосування монополярної електрокоагуляції (МПЕК), згідно даних отриманих нами раніше [1], із методом РЧК достовірної різниці відмічено не було. У всіх випадках застосування РЧК ми не спостерігали ускладнень, зв'язаних з використанням методики.

Метод РЧК показує високу ефективність при поліпектомії. Виконана коагуляція 4 аденоматозних поліпів шлунка розміром до 1 см. У всіх випадках біопсія, що виконана місяць потому, підтвердила ерадикацію поліпів.

Висновки

РЧК являється високоефективним методом лікування хворих з неварикозними кровотечами із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та поліпами.

При проведенні РЧК на відміну від МПЕК відмічається мінімальне поверхнєве пошкодження тканин.

Література

1. Фомин П.Д., Никишаев В.И. (2002) Электрохирургический эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях. Украинский журнал экстремальной медицины имени Г.О.Можаева. том 3; 4:54-57
2. Katschinski B., Logan R., Davies J., et al. (1994) Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. Dig.Dis.Sci. 39:706-712
3. La Vecchia C., Lucchini F., Negri E., et al. (1993) The impact of therapeutic improvements in reducing peptic ulcer mortality in Europe. Int. J. Epidemiol. 22:96-106
4. Sung J.L., Wang T.H., Lu T.H., et al. (1974) Epidemiological study on peptic ulcer and gastric cancer in the Chinese. Rendic Gastroenterolog. 6:155-163
5. Yavorski R.T., Wong R.K., Maydonovitch C., et al. (1995) Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. Am. J. Gastroenterol. 90:568-573



ПОДПИСКА 2005

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2005 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТОЇ КІСТИ НИРКИ

Чернев В.М., Головко С.В., Собков Я.В., Слободяник В.П., Ткач К.Д.

Клиника урології та нефрології Головного військового клінічного госпіталю МО України, м. Київ

Laparoscopic Unroofing of Simple Renal Cysts

V.N. Chernev, S.V. Golovko, J.V. Sobkov, V.P. Slobodanik, K.D. Tkach

Clinic of Urology and Nephrology, Main Military Clinical of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine

Поступила 20 апреля 2004
Допущена 18 мая 2004

Summary

Last time the laparoscopic operations have been used for treatment of Solitary Kidneys Cysts as an alternative method because of the preferences of this method before the open operations. There is our modest experience of using the laparoscopic resection of Solitary Kidneys Cysts in 6 patients at this article. These operations are Minimally traumatic, full controlled and effective. Laparoscopic operation is the method of choice for treatment of cysts at the front surface of kidney.

Keywords: laparoscopic resection, kidneys cysts.

Вступ

Впровадження черезшкірних пункційних методів лікування кистозних захворювань нирок призвело до виникнення проблем рецидивування кіст, вибору способу їх склерозування, ускладнень черезшкірних пункцій. Відсоток рецидивування при використанні малоінвазивних методів, за даними різних авторів, складає від 95% до 3-5% [2, 3, 5]. На сьогоднішній день немає єдиного погляду на доцільність використання тих чи інших видів склерозуючих речовин. Надійним методом лікування є відкрита операція. Радикалізм, можливість виявлення злоякісної пухлини, профілактика гіпертонії, прогресуючої атрофії паренхіми чи малігнізації стінки кисти — найбільш важливі аргументи на користь цього методу [1].

З огляду на переваги лапароскопічних методик у порівнянні з відкритими операціями щодо травматичності, тривалості госпіталізації і подальшої реабілітації, в урологічну практику стали впроваджувати лапароскопічні операції, що були запропоновані як альтернативний метод лікування [4, 6-8].

Матеріали та методи

Наш досвід лапароскопічних операцій на нирці невеликий. У 2002-2003 р. в урологічному відділенні Головного військового клінічного госпіталю МО України лапароскопічним методом були прооперовані 6 пацієнтів із симптоматичними простими кістами нирок, з них 2 чоловіків і 4 жінок. Середній вік хворих склав 54 роки. Частота ураження правої і лівої нирки була однаковою. В усіх випадках кісти були поодинокими. В 5 пацієнтів кісти були виявлені вперше, і тільки один хворий раніше переніс черезшкірну пункцію з одночасної склеротерапією порожнини кісти спиртом. Всі пацієнти скаржилися на постійні ниючі болі в поперековій області, у 3 хворих відзначене підвищення артеріального тиску різного ступеня прояву, в одній хворій пальпується об'ємне утворення. Тривалість захворювання варіювала від 9 міс до 5 років. З метою діагностики і визначення тактики лікування застосовувалися загальклінічні методи обстеження, ультразвукове сканування, оглядова і внутрішньовенна урографія, динамічна сцинтиграфія, у двох випадках виконана комп'ютерна томографія.

За результатами проведеного обстеження мали місце кистозні утворення розміром від 5,0 до 14,0 см, у 4 випадках кіста локалізувалась на передній поверхні нирки, в одному — по латеральному контурі і в одному випадку — на задній поверхні верхнього сегменту. За даними динамічної сцинтиграфії дефіцит секреторної функції відповідної нирки склав 18% до 55%. Гематурія, піурія і гіпертермія була відсутня у всіх випадках.

Лапароскопічну резекцію простої кісти нирки виконували під ендотрахеальним знеболюванням у положенні хворого на боці під кутом 45 градусів у наступній послідовності. У черевну порожнину параумбілекально зверху вводили голку Вереша і нагнітали вуглекислий газ до тиском 14 мм рт. ст., що підтримувалось протягом всієї операції. Після видалення голки в тому ж місці проводили перший троакар, який використовували для лапароскопу. Проводили огляд органів черевної порожнини і визначали кісти. Ще два троакари вводили на боці ураження по середньоключичній лінії: 5 міліметровий троакар у підреб'я і 10 міліметровий троакар — у мезогастрії. Якщо при огляді знаходили спайки, що йдуть від органів або бічної стінки черевної порожнини і які заважають видаленню кісти, проводили їх розсічення за допомогою електрокоагулюючого гачка. Далі приступали до вирізування кісти. При виявленні кісти, яка просвічується через парієтальну очеревину, її склепіння поступово виділяли за допомогою електрокоагулюючих ножиців. Для цього ободову кишку мобілізували і зміщували медіально від кісти. Якщо кісту не вдавалося чітко знайти при попередньому огляді, за допомогою електрокоагулюючих ножиців проводили розріз очеревини по відповідному латеральному каналу, починаючи від місця, розташованого на 8–10 см нижче селезінкового або печінкового вигину ободової кишки, і піднімаючись догори до самого вигину. Тупим і гострим шляхом відсепаровували ободову кишку до фасції Герота. Фасцію розсікали і після виявлення кісти продовжували препарування до максимального оголення її склепіння. При достатній мобілізації склепіння кісти за допомогою лапароскопічної голки проводили пункцію та аспірацію вмісту. Потім захоплюючи спеціальним затиском стінку кісти і розсікаючи її електрокоагулюючими ножицями або гачком, проводили максимальне вирізання стінки кісти, яка виступає за межі нирки. Краї стінки кісти, що залишилися, піддавали електрокоагуляції на всьому протязі, а невидану її частину ретельно оглядали й обробляли 96% спиртом. Вирізану частину стінки, а також біоптат з підозрілих на пухлину ділянок стінки, що залишилися, відправляли на гістологічне дослідження. Операцію завершували ретельним гемостазом і повторним оглядом органів черевної порожнини з метою виключення будь-якої травми, отриманої при маніпулюванні. Рану дренували протягом доби силіконовою трубкою, встановленою через додатковий 5 міліметровий троакар по передньопуховій лінії. Дефект очеревини ліквідували шляхом накладення 2–3 титанових кліпс на краї. На місця введення троакарів наклали по одному шву. Через 24 год, при відсутності виділення, дренажну трубку видаляли, пацієнтів активізовували і дозволяли

приймати звичайну їжу. Через 3–4 доби пацієнтів виписували із стаціонару.

Всі операції виконувалися під ендотрахеальним знеболюванням і завершувалися без анестезіологічних ускладнень. Тривалість операції коливалась від 40 до 90 хв. В усіх випадках крововтрати були мінімальні, не потребували застосування гемостатиків. Труднощі з виділенням кісти виникли в одному випадку, що було обумовлено локалізацією кісти по задній поверхні нирки, що дозволило видалити не більше половини загальної площі стінки кісти. В інших випадках кісту видаляли максимально, по краю ниркової паренхіми. У 5 випадках операцію закінчували дренуванням порожнини кісти, в одному випадку, коли кіста була локалізована на задній стінці, зважаючи на обсяг і тривалість операції здійснили дренування порожнини кісти і підпечінкового простору. Відтік рідини через дренаж був мінімальним, у зв'язку з чим дренаж видаляли через 24–48 годин. Протягом першої доби після операції у всіх пацієнтів відзначалася невеликі больові відчуття відповідної половини живота, які знімалися анальгетиками і не потребували введення наркотичних препаратів. Антибіотики з профілактичною метою вводили внутрішньом'язово протягом 3–4 днів. Середній ліжкодень складав $4 \pm 1,2$. У жодному з гістологічних досліджень не було виявлено злоякісної пухлини.

Результати

Лапароскопічне лікування дозволило досягти бажаних результатів. Контрольне дослідження, що включає клінічні і біохімічні дослідження крові, а також ультразвукове сканування нирок, проводилося через 3 і 6 міс після операції, контрольна динамічна скінтіграфія через 6 міс після операції. У всіх пацієнтів обстежених у зазначений термін, відзначалося поліпшення самопочуття, нормалізація артеріального тиску, відсутність рецидиву кісти. У двох пацієнтів, яким здійснили динамічну скінтіграфію через 6 міс, відзначене значне збільшення очисної здатності нирок. Результати клінічних і біохімічних досліджень крові і сечі у всіх пацієнтів у межах норми.

Висновки

Наш перший досвід застосування лапароскопічної операції в лікуванні простої кісти нирки дозволяє вважати основними перевагами даної методики малу травматичність, контролюємість і ефективність. При операціях на кістах нирок легко виконується максимальна резекція стінки кісти, краї, що залишилися

на всьому протязі коагулюються з метою запобігання кровотечі. Операційний час еквівалентний або менший тривалості відкритої операції. Пацієнти активізуються на першу добу після операції, а через 5-6 днів стають цілком працездатними. Наш досвід підтвердив не тільки безпеку даної операції, але і позитивні клінічні результати в пізньому післяопераційному періоді. У всіх пацієнтів, що пройшли контрольне обстеження, відзначені відсутність рецидиву кісти, поліпшення функціонального стану нирок і стабілізація артеріального тиску. Ці об'єктивні дані поєднувалися зі зникненням суб'єктивних симптомів, що відзначалися до операції.

Серед недоліків можна відзначити те що, лапароскопічні операції можуть виконуватися тільки під загальним знеболюванням і в умовах пневмоперітонеума, що обмежує можливість застосування лапароскопічних втручань у пацієнтів з високим анестезіологічним ризиком. Розташування кісти по задній поверхні нирки, викликає деякі технічні складнощі та подовжує час операції, тому лапароскопічна резекція кісти більш показана при розташуванні її на передній поверхні. Слід відзначити, що проведення пункційних методів лікування при локалізації кісти на передній поверхні досить складне або навіть неможливе. Виходячи з вищенаведеного, можна зробити підсумок, що лапароскопічна резекція кісти є ме-

тодом вибору при лікуванні великих кіст нирок, розташованих на її передній поверхні.

Перший невеликий досвід лапароскопічного лікування кісти нирки, свідчить про необхідність подальшого освоєння і вивчення даного методу.

Література

1. Ахметов Н.Р. (2000) Хирургическое лечение солитарных кист почек. Автореф. дис...канд. мед. наук. (Москва). 20 с.
2. Дусмуратова А.М., Юлдашева Н.Ш., Ханизов Х.А. (1998) Пункция под контролем эхографии: профилактика осложнений и повышение эффективности. Ультразвуковая диагностика. 4: 38-41
3. Игнашин Н.С. (1998) Ультразвуковые методы в диагностике и лечении урологических заболеваний почек. (Москва). 85 с.
4. Лопаткин Н.А., Фидаров Ф.Б., Мартон А.Г. (1999) Лапароскопическая резекция простой кисты почки. Урология и нефрология. 1: 23-25
5. Пасечников С.П., Байло В.Д., Попов В.А. (1993) Диагностика кист почек. Лікарська справа. 1: 25-28
6. Фидаров Ф.Б. (2002) Возможности и особенности лапароскопических операций в лечении урологических заболеваний. Автореф. дисс...д.мед.наук. (Москва). 45 с.
7. Brown J.S., Torres V.E. et al. (1996) Laparoscopy marsupialization of symptomatic polycystic kidney disease. J. Urol. Vol. 156; 6: 22-27
8. Hoenig D., Leveillee R.J. et al. (1994) Laparoscopic unroofing of symptomatic renal cyst: three distinct surgical approaches. J. Endourology. Vol. 9; 1: 55-58

ФИКСАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ

СИСТЕМА



ДЛЯ НЕЙРОЭНДОСКОПИИ

Состоит из двух основных частей:

- трехугольная мобильная система жесткой фиксации головы
 - мобильная multifunctionальная система управления для нейроэндоскопических операций
- Оборудование выполнено из stainless steel высококачественной нержавеющей стали.



Фиксация всей системы осуществляется посредством зубчатых колес, позволяющих поступательно изменять любой угол наклона фиксированного эндоскопа и микроинструмента с шагом 5°.

© Собственность Клиники нейрохирургии и неврологии ГВКГ МО Украины (2002)

® Интеллектуальная собственность Украинского фонда поддержки и развития нейроэндоскопии и эндоскопической нейрохирургии (2002)

Клиника нейрохирургии и неврологии ГВКГ 01016, Украина, Киев, ул. Госпитальная, 18 тел. (044) 2619521 Факс (044) 2528379

ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Калабуха І.А.*, Сафонов В.Є., Крамаренко Ю.С.

Торакальне відділення, Головний військовий клінічний госпіталь МО України, Київ
Торакальне відділення, Інститут фтизіатрії і пульмонології АМН України, Київ*

Videothoroscopic Operations in Diagnostics and Treatment of Chest Organs Diseases

I.A. Kalabukha*, V.E. Safonov, Yu.S. Kramarenko

Department of Thoracic Surgery, Main Military Clinical Hospital, Defence Ministry of Ukraine, Kiev
Department of Thoracic Surgery, Institute of phthisiology and pulmonology, AMS of Ukraine, Kiev*

Получена 22 июля 2004
Допущена 18 августа 2004

Summary

96 patient with pleural effusions of various etiology, mediastinum tumors, bull emphysema of lungs, disseminated lung diseases executed diagnostic and medical videothoracoscopy. Use modern videothoroscopic equipment allows improving diagnostics of diseases, to reduce terms and to achieve more preferable results in treatment of patients with the given diseases. The causes of postoperative complications and contraindications were analyzed.

Keywords: bull emphysema of lungs, disseminated lung diseases, mediastinum tumors, pleural effusions, videothoracoscopy.

Вступ

Торакоскопія, яка вперше була застосована понад 90 років тому в якості метода розсічення внутрішньоплевральних злук у хворих на туберкульоз, у дійсний час отримала новий етап розвитку в зв'язку з появою сучасних відеотехнологій та удосконаленням інструментарію [8]. Можливості торакоскопії значно збільшились, що перетворило її з методики діагностики захворювань плеври в лікувально-діагностичну процедуру з широким спектром використання, включаючи пухлинні та запальні процеси легень, плеври, середостіння, грудної клітки [1, 6].

Спроби широкого застосування відеоторакоскопії (ВТС) виявили значне число невирішених питань, пов'язаних з технікою виконання операцій, визначенням показань і протипоказань до них, переваг та недоліків у порівнянні з іншими діагностичними ме-

тодиками та традиційними операціями, можливих ускладнень, заходів з їх попередження та усунення наслідків [2, 3, 6]. Незважаючи на набуття визначеного досвіду виконання відеоторакоскопічних операцій вітчизняними хірургами, більшість із зазначених запитань залишаються відкритими, що спонукає до подальшої всебічної оцінки можливостей та особливостей ендоскопічної торакальної хірургії [1, 3, 5].

Матеріали та методи

У торакальному відділенні клініки пульмонології ГВКГ МО України виконано 96 відеоторакоскопічних хірургічних втручань у 96 пацієнтів у віці від 18 до 77 років, серед яких було 79 (82,3%) чоловіків, 17 (17,7%) жінок.

ВТС виконували за допомогою торакоскопів "K. Storz" (Німеччина) з боковою оптикою діаметром 10 мм і кутом оптичної осі 30°, зображення з відеокмери відтворювалося на кольорових моніторах "Sony-Trinitron". Операція виконувалась під загальним знеболюванням з інтубацією трахеї та використанням височастотної вентиляції легень. У залежності від локалізації патології, хворого укладали в бокове або передньо-бокове положення. Троакари діаметром 10 мм (для торакоскопа), 5 мм (для маніпуляційного інструмента) встановлювали з урахуванням характеру, локалізації патологічного процесу

та завдань втручання. Операційне поле обробляли і накривали з урахуванням можливості конверсії ендоскопічної операції у відкриту торакотомію.

Діагностичний характер ВТС мала у 54 (57,4%) хворих, лікувальний та лікувально-діагностичний — у 42 (43,6%) пацієнтів. Обсяг операції остаточно визначався після відеореєстрації. Тривалість операцій, в середньому, складала 50 ± 8 хвилин. Усі хворі, після виходу з наркозу, в 1-2 добу поверталися до звичайного режиму. Больовий синдром був виражений незначно. Середня тривалість періоду дренування плевральної порожнини складала 35 ± 10 годин, перебування хворого в стаціонарі — 3 ± 1 доби.

Результати дослідження

Результати відеоторакоскопічних втручань представлені в залежності від патології, з приводу якої виконувалися втручання.

Екссудативні плеврити (ЕП)

ВТС була виконана у 46 хворих з синдромом плеврального випоту. Тривалість захворювання до надходження у відділення коливалась від 2 тижнів до 8 місяців. Всі хворі до цього обстежувалися в пульмонологічних та туберкульозних стаціонарах із застосуванням клінічних, лабораторних, променевих методів дослідження, включаючи ультразвукове дослідження (УЗД) та комп'ютерну томографію (КТ), однак причина плевриту залишалась не відомою.

Під час ВТС, крім біопсії зі змінених ділянок парієтальної і вісцеральної плеври, виконували розтин плевро-легеневих зрощень, об'єднання осумкувань з утворенням єдиної порожнини, видаляли фібринові нашарування, некротизовані тканини. В усіх випадках, коли припускався запальний характер плевриту, морфологічне дослідження доповнювали бактеріологічним посівом ділянок плеври, фібрину з метою виявлення мікобактерій туберкульозу. При злоякіс-

них ураженнях плеври ВТС закінчувалась виконанням плевродезу з застосуванням препаратів тетрацикліну.

Етіологія захворювання при морфологічному дослідженні біоптату встановлена у 40 (86,95 %) пацієнтів (табл. 1). Ще в трьох випадках при негативних результатах біопсії, діагноз був встановлений по результатах бактеріологічного дослідження.

Загальна діагностична ефективність ВТС у нашому дослідженні складала 93,4%. Найбільша інформативність ВТС з біопсією плеври відмічена при канцероматозі плеври та її первинних пухлинах (100%). При туберкульозному ураженні плеври інформативність ВТС виявилася тим вищою, чим раніше вона була виконана від початку захворювання. Кращі результати отримані у термін до 1 місяця (98%).

Дісеміновані захворювання легень

У 17 хворих з дісемінованими захворюваннями легень, у яких після комплексного обстеження, в тому числі і трансbronхіальної біопсії, які виявились неінформативними, була виконана ВТС з біопсією тканини легені, після якої вдалося встановити діагноз у 16 (94,2%) пацієнтів. При цьому саркоїдоз виявлений у 6 (37,5%) хворих, карцинома легень — у 4 (25%), ідіопатичний фіброзуючий алвеоліт — у 2 (12,5%), хронічні обструктивні захворювання легень — у 2 (12,5%), дисемінований туберкульоз — у 1 (6,25%), ураження легень при ревматизмі — у 1 (6,25%) особи.

Новоутворення та кісти межистіння

З метою морфологічної верифікації діагнозу новоутворень межистіння 15 хворим була виконана діагностична відеоторакоскопія. Під час операції проводили ретельний огляд і інструментальну пальпацію плеври, легені та органів межистіння. Виявлене патологічне утворення піддавалось резекційній, по краю новоутворення, або щипцевій біопсії. У хворих

Таблиця 1. Результати ВТС досліджень у хворих на екссудативний плеврит

Причина плеврального випоту	Біопсія				Виявлено МБТ		Кількість хворих	
	позитивна		негативна					
	абс.	%	абс.	%	Абс.	%	абс.	%
Канцероматоз плеври	9	19,56	-	-	-	-	9	19,56
Мезотеліома	6	13,04	-	-	-	-	6	13,04
Туберкульоз	19	41,30	4	8,7	12	26,09	23	50,0
Неспецифічний параневмонічний плеврит	4	8,7	-	-	-	-	4	8,7
Післятравматичний плеврит	2	4,35	-	-	-	-	2	4,35
Причина не встановлена	-	-	2	4,35	-	-	2	4,35
Всього	40	86,95	6	13,05	-	26,09	46	100

з лімфопроліферативними захворюваннями прагнули видалити змінений лімфатичний вузол повністю. Виявлена, при одній з операцій кіста перикарду, була видалена після виконання мініторахотомії з відео-підтримкою.

Накладення штучного пневмотораксу та проведення загальної анестезії в умовах компресії межистіння, супроводжувалося певними труднощами. З цієї причини у одного з хворих з поширеною тімогенною пухлиною була проведена конверсія відеоторакоскопії у відкрити торахотомію.

Результати представлені в таблиці 2.

Спонтанний пневмоторакс (СП)

У відділенні прооперовано за допомогою відеоторакоскопічної техніки 12 хворих, у яких СП виник на фоні бульозної емфіземи легень: 2 пацієнтам виконана ендоскопічна резекція легені за допомогою степлерів, причому, одному з них операція, по черзі, була виконана на обох легенях; дев'яти хворим була проведена електрокоагуляція булл. Маніпуляції на плеврі включали абразію плеври марлевым тампоном, інстиляцію хімічних склерантів (доксіцикліну), електрокоагуляцію парієтальної плеври.

У одного хворого, через 2 місяці після відеоторакоскопії, коагуляції булл, плевродезу, на тлі фізичного навантаження виник рецидив пневмотораксу, що обумовило проведення повторної операції за відкритою методикою.

Ускладнення відеоторакоскопічних операцій

За даними літератури [1, 3, 5, 6], частота ускладнень під час виконання ВТС коливається від 0,3% до 6,5%, при цьому більш половини з них складають інтраопераційні кровотечі.

В ході виконання ВТС ми двічі, у зв'язку з ушкодженням міжреберної артерії під час ревізії та маніпуляцій, були змушені виконати торахотомію з метою зупинки кровотечі. В одному випадку було відмічено формування післяопераційного згорнутого гемотораксу, який був діагностований на третю добу після операції. Консервативні заходи успіху не мали, і хворому на 10 добу була виконана торахотомія, санація плевральної порожнини. Джерело кровотечі виявлене не було. Найбільш імовірно, кровотеча виникла з місця розташування одного з торахотомічних портів.

У двох хворих на карциному легень після операції відмічалась тривала (до 7 діб) післяопераційна негерметичність легень.

Інфекційних ускладнень, а також летальних випадків після ВТС не було. Структура ускладнень, що спостерігалися, представлена в таблиці 3.

Аналізуючи обставини, при яких виникли ускладнення під час операцій, ми дійшли висновку, що причини ускладнень були у недостатньо досконалій техніці виконання операцій. Про це також свідчить той факт, що всі ускладнення виникли в початковому періоді нашої роботи при освоєнні методики ВТС.

Обговорення результатів досліджень

Незважаючи на постійне вдосконалення спеціальних методів діагностики та диференційної діагностики патологічних станів, базисом для встановлення діагнозу є клінічне обстеження хворого. В сучасних соціально-економічних умовах важливим компонентом планування діагностичного процесу є обґрунтоване використання технологічно містких діагностичних методик для встановлення діагнозу з урахуванням вартості їх виконання. В той же час, невиправдані намагання обмежити обсяги обстеження хворих, з економічних чи інших міркувань, за рахунок якості отриманого результату є недопустимими як з соціально-етичної (що не потребує коментарів), так і з економічної точки зору. Адже недостовірна діагностика спричиняє як подовження тимчасової непрацездатності, так і необоротні втрати працездатного населення за рахунок інвалідизації та летальності. Крім того, тривале перебування у стаціонарі, пробна терапія, виникнення ускладнень істотно збільшують загальну вартість лікування хворих.

Відеоторакоскопія, що є технологічно місткою методикою, в той же час, виявила високу ефективність у вирішенні складних діагностичних та диференційно-діагностичних задач.

Застосування ВТС у хворих з синдромом плеврального випоту забезпечило встановлення діагнозу в 93,4% випадків. Слід відзначити, що всі пацієнти до проведення ВТС перебували в різних лікувальних закладах на обстеженні протягом тривалого часу; перебування в хірургічному відділенні для проведення ВТС не перевищувало, у середньому 5 ± 3 діб; негайно після встановлення діагнозу ставала можливою етіотропна терапія захворювання. Висока діагнос-

Таблиця 2. Паталогія межистіння

Характер ураження межистіння	Кількість хворих	
	абс	%
Злоякісна тімома	6	40
Лімфогранульоматоз	4	26,67
Саркоїдоз	4	26,67
Кіста перикарду	1	6,66
Всього	15	100

тична ефективність ВТС дозволила нам визначити її, як засіб вибору при діагностично складних випадках ексудативного плевриту.

Диференційна діагностика дисемінованих процесів легень є одним з найважчих діагностичних завдань в пульмонології. Найбільш достовірною визнається морфологічна діагностика. Серед засобів отримання біопатів для морфологічного дослідження, найбільша ефективність забезпечується при діагностичній торакотомії. Однак, цей метод відрізняється високою травматичністю, визначеною технічною складністю, наявністю низки несприятливих побічних ефектів. Отриманий нами досвід свідчить, що ВТС з біопсією тканини легень є ефективним малоінвазивним методом діагностики, який цілком може замінити відкриту біопсію з її несприятливими наслідками, пов'язаними з торакотомією.

Методи променевої діагностики мають провідну роль у дослідженні патології середостіння. Вони мають високі розрізняючі можливості в топічній діагностиці, визначенні ступеню поширеності ураження, його взаємин з навколишніми тканинами. Але зазначені методи не забезпечують отримання критеріїв тканинної належності новоутворення, його якості і недостатньо підходять для встановлення етіології захворювання. Діагноз, встановлений на основі клінічних даних, найчастіше носить загальний характер, включаючи в себе групу можливих захворювань, лікувальна тактика при яких виявляється зовсім різною [5]. Ці обставини, а також висока питома вага злоякісних процесів, у зазначеного контингенту, дають підставу вважати, що, при плануванні лікування, обов'язково необхідно мати гістологічний діагноз.

Результати застосування ВТС показали повну адекватність методу щодо завдання морфологічної верифікації патологічних процесів межистіння. Наявних, на даний час, результатів недостатньо для проведення статистичних узагальнень, однак виявлені тенденції дають підставу вважати перспективним цей напрямок використання ВТС.

Відеоторакоскопічний метод оперативного лікування спонтанного пневмотораксу та бульозної емфіземи легень, за своїми результатами, повністю від-

повідає результатам традиційних методик на основі відкритої торакотомії і може бути рекомендований до широкого застосування.

На підставі накопиченого досвіду, а також даних літератури [4, 6, 7], сформульовані протипоказання до відеоторакоскопічних операцій:

- захворювання серцево-судинної системи в стадії декомпенсації (недостатність кровообігу II Б — III ст);
- інфаркт міокарда, в гострій та підгострій стадіях;
- гостре порушення мозгового кровообігу;
- виражена дихальна недостатність (III ст.);
- суттєві порушення згортання крові;
- загальний важкий стан хворого;
- розлади психіки; облітерація плевральної порожнини.

Вважаємо за необхідне відзначити, що, у хворих з наявністю супутньої патології, ризик проведення ВТС може бути в значній мірі знижений шляхом проведення адекватної передопераційної підготовки.

Висока клінічна ефективність, за рахунок якої скорочуються терміни діагностики та покращуються результати лікування хворих, свідчать про економічну виправданість застосування ВТС. Щодо використання ВТС для лікування хворих на патологію легень і плеври, економічний ефект відеоторакоскопічних операцій, у порівнянні з операціями шляхом традиційної торакотомії, виявився у зменшенні травматичності втручання, скороченні тривалості дренування плевральної порожнини, відповідно, терміну перебування хворого в стаціонарі, більш швидкій післяопераційній реабілітації пацієнтів.

Висновки

1. ВТС — сучасний високотехнологічний метод прямого дослідження органів грудної порожнини, який дозволяє провести як уточнюючу та диференційну діагностику захворювань плеври, межистіння, легень, так і виконати необхідні лікувальні ендоскопічні маніпуляції.
2. Низька кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, а також нетривалі строки від-

Таблиця 3. Ускладнення ВТС-операцій

Ускладнення	Випітний плеврит	Дифузні захворювання легень	Новоутворення межистіння	Спонтанний пневмоторакс	Всього
Інтраопераційна кровотеча	1 (1,04 %)	-	-	1 (1,04 %)	2 (2,08 %)
Згорнутий гемоторакс	1 (1,04 %)	-	-	-	1 (1,04 %)
Негерметичність легень (до 7 діб)	1 (1,04 %)	1 (1,04 %)	-	-	2 (2,08 %)
Рецидив СП	-	-	-	1 (1,04 %)	1 (1,04 %)
Всього	3 (3,12 %)	1 (1,04 %)	-	2 (2,08 %)	6 (6,24 %)

новлення після операції, характеризують ВТС як відносно безпечний та малотравматичний метод.

3. Підвищення ефективності діагностики внутрішньогрудної патології, зменшення операційної травми, скорочення терміну перебування в стаціонарі, тривалості післяопераційної реабілітації при застосуванні ВТС свідчать про економічну виправданість її застосування при наявності відповідних показань.

Література

1. Отс О.Н., Самохин А.Я., Стрельцов В.П. и др. (2001) Видеоторакоскопия в диагностике и лечении экссудативных плевритов. Пробл. туберкулеза. 9:34-36
2. Гетьман В.Г. (1995) Клиническая торакоскопия. "Здоров'я", (Киев). 240 с.
3. Грубник В.В., Шипулин П.П., Потапенко М.А. и др. (1994) Диагностические и лечебные возможности торакоскопии в грудной хирургии. Клін. хірургія. 3:3-6
4. Дужий І.Д. (2000) Клінічна плеврологія. "Здоров'я", (Киев). 384 с.
5. Барчук А.С., Лемехов В.Г., Клищенко В.Н., Горехов Л.В. (1999) Значение видеоторакоскопии в диагностике новообразований органов средостения. Вопр. онкологии. т. 45; 3:298-301
6. Порханов В.А. (1997) Видеоторакоскопические операции в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания. Пробл. туберкулеза. 6:27-32
7. Десятерик В.І., Ємеменський М.О., Вігуро С.В. та ін. (2001) Показання та протипоказання до діагностичної та лікувальної видеоторакоскопії. Шпит. хірургія. 2:114-116
8. Шнитко С.Н. (2003) История развития видеоторакоскопии. Мед. новости. 10:99-101



**Ежемесячные циклы обучения
нейроэндоскопическим и малоинвазивным
методам оперативных вмешательств,
эндоскопической ассистирующей
нейрохирургии**

Программа обучения:

- ◆ Концепция Key-Hole доступов в нейрохирургии.
- ◆ Концепция эндоскопических доступов.
- ◆ Концепция эндоскопических ассистирующих доступов.
- ◆ Анатомия желудочковой системы.
- ◆ Специальное оборудование для проведения нейроэндоскопических операций.
- ◆ Техника нейроэндоскопических операций:
 - ✓ вентрикулостомия дна третьего желудочка;
 - ✓ операции при кистозных образованиях головного мозга;
 - ✓ операции на желудочковой системе головного мозга.
- ◆ Техника эндоскопических ассистирующих операций:
 - ✓ хронические субдуральные гематомы;
 - ✓ внутримозговые кровоизлияния;
 - ✓ кистозные образования головного мозга супра- и субтенториальной локализации:
 - ◆ арахноидальные кисты;
 - ◆ кистозные опухоли;
 - ✓ грыжи дисков поясничного отдела позвоночника.

Для получения дополнительной информации обращайтесь:
01016 Украина, г. Киев, ул. Госпитальная, 18
Клиника нейрохирургии и неврологии
Главного военного клинического госпиталя
тел. (044) 261-9521, факс (044) 252-8379

НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ
УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ЦИКЛЫ

ПОКАЗАННЯ ДО ЕНДОСКОПІЧНИХ РЕТРОГРАДНИХ ВТРУЧАНЬ НА ДУОДЕНАЛЬНОМУ СОСОЧКУ І БІЛІАРНІЙ СИСТЕМІ ТА ЇХ ОБСЯГ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коломійцев В.І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра факультетської хірургії, Україна

The Indications for Endoscopic Retrograde Procedures on Duodenal Papilla and Biliary Ducts in Patients with Acute Biliary Pancreatitis

V.I. Kolomytsev

Lviv national medical university named Danylo Halytsky, Ukraine

Поступила 14 мая 2004
Допущена 18 августа 2004

Summary

The results of treatment of 186 patients with acute biliary pancreatitis were studied. Patients were divided into four groups: 48 patients of the first (control) group were treated without ERCP; the early ERCP with papillosphincterotomy (EST) during the first 72 hours were performed in 39 patients of the second group; delayed ERCP with EST because of complications of choledocholithiasis or/and pancreatitis were performed in 61 patients of the third group. 38 patients of the fourth group were undergone to ERCP after improvement of their condition.

After EST the soon normalization of total bilirubin level and amylase activity as well as proinflammatory cytokines in serum blood was noted, especially after early EST. Two (4.2%) patients died after routine treatment and 9 (18.8%) patients had complications. The total mortality and morbidity in patients after EST were 1.4% and 10.9% respectively. The average hospitalization stay was 27 days in the first group, while 19 days in patients after EST.

So indications to ERCP and EST depend on and can be changed with term from the beginning of acute attack of pancreatitis and presence of biliary obstruction. Early PST makes possible to prevent the aggravation of pancreatitis with pancreonecrosis, favour to recovery of patient's health.

Keywords: acute biliary pancreatitis, endoscopic retrograde pancreaticholangiography, endoscopic papillosphincterotomy.

Вступ

Ретроградні ендоскопічні втручання на великому дуоденальному сосочку (ВДС) та жовчних протоках — холангіографія (ЕРХГ) та папілосфінктеротомія (ПСТ) з літоекстракцією, у зв'язку з високою ефективністю і мінімальною травматичністю широко використовуються у лікуванні жовчно-кам'яної хворо-

би, ускладненої холедохолітіазом [2, 4]. Холедохолітіаз є найбільш частою причиною виникнення гострого біліарного панкреатиту (ГБП), частота якого при цьому захворюванні становить 40-80% [1, 3]. Ще у 1901 році американський морфолог Е. Л. Оріє надрукував свої патолого-анатомічні спостереження [13] і запропонував механізм виникнення ГБП, який зараз загально відомий як теорія "спільного каналу", за якою внаслідок защемлення каменя у ВДС, дисфункції або травматичного набряку ВДС після міграції конкремента чи мікроконкрементів, або як результат хронічних запальних змін у папілі й ампулярному відділі загальної жовчної протоки виникає біліарна гіпертензія, рефлюкс жовчі у панкреатичну протоку, її затримка і взаємодія з панкреатичним соком, що і є основною причиною (т.зв. тригерним механізмом) розвитку ГБП.

В такій ситуації проведення ендоскопічного обстеження і ЕРХГ, що вперше при ГБП виконав Classen M. [5] ще у 1978 році, дозволить точно встановити причини виникнення панкреатиту, а за наявності патології папіли або дистального відділу холедоха ПСТ, шляхом ліквідації етіологічного чинника, на ранніх етапах розвитку патологічного процесу у підшлунковій залозі призведе до переривання каскаду реакцій у хибному колі прогресування панкреатиту і може виявитися методом його етіопатогенетичного лікування. Проте і зараз у світовій літературі продовжується обговорення застосування ранньої ЕРХГ

у поєднанні з ПСТ в діагностиці і лікуванні хворих на ГБП, а оцінка її ефективності коливається від повної підтримки [7, 9, 12] до стриманого підходу до використання цього методу [8, 10, 14], і навіть — повного його заперечення в гострому періоді [6, 11]. Наведені протиріччя, які ймовірно пов'язані з невизначеністю конкретних обґрунтованих показань до проведення ендоскопічних ретроградних втручань на великому дуоденальному сосочку і жовчних протоках, свідчать про необхідність подальших досліджень з метою вивчити ефективність, встановити показання і оптимальний термін їх виконання при ГБП.

Матеріал і методи

Ми обстежили 186 хворих на ГБП, які проходили лікування у клініці факультетської хірургії ЛНМУ за період 1997-2003 роки. Серед хворих було 130 жінок і 56 чоловіків у віці від 19 до 87 років (у середньому — 51,1 рік). Діагноз встановлювали на основі результатів об'єктивного клінічного і комплексу лабораторного обстежень, ультрасонографії, рентгеноскопії, комп'ютерної томографії. Згідно з Міжнародною класифікацією (Атланта, 1992) у 135 пацієнтів діагностовано легкий (набрякова форма) і у 51 — важкий (некротична форма) перебіг гострого панкреатиту. Головка ПЗ була охоплена процесом у 68% хворих, тіло — у 39%, хвіст — у 44% хворих. У термін до 48 годин від початку захворювання поступило 38 пацієнтів. У 138 хворих в процесі обстеження і лікування було застосовано ендоскопічні ретроградні втручан-

ня на папілі і біліарній системі, тоді як у 48 пацієнтів (вони склали контрольну групу хворих) рентгеноендоскопічні втручання при первинному поступленні з певних міркувань не використовували — в основному це хворі, які поступали до клініки у період опрацювання тактики мініінвазивного лікування хворих на ГБП, уточнення показань до вибору конкретного методу. 162 хворих оперовані в різні терміни від поступлення. Консервативними засобами лікували 24 хворих. Шестеро з них поступили повторно з загостренням ГБП і оперовані пізніше.

Результати загально визнаних аналізів, які представлені у таблиці 1, підтвердили наявність ГБП у пацієнтів, серед яких у 117 (63%) були клініко-лабораторні ознаки біліарної гіпертензії. Характерними були і зміни прозапальних (інтерлейкін 1 α , інтерлейкін 8, фактор некрозу пухлин α) і протизапальних (антагоніст рецепторів інтерлейкіну 1, інтерлейкін 10) цитокінів.

У 48 пацієнтів контрольної групи рентгеноендоскопічного обстеження не проводили. Після встановлення діагнозу ГБП їм проводили активну консервативну терапію, яка включала введення анальгетиків, спазмолітиків, інгібіторів протеолітичних ферментів (контрикалу, тризілолу, антагозану) та прозапальних цитокінів (пентоксифіліну, 5-фторурацилу), антибіотиків широкого спектру дії, антацидних препаратів в комплексі з дезінтоксикаційною терапією і підтримкою життєдіяльності основних систем організму для профілактики розвитку поліорганної недостатності. При наростанні клінічних виявів гострого холециститу, холангіту, механічної жовтяниці, появи септичного перитоніту, інфікуванні некротів підшлункової залози або оточуючих її тканин 15 (31%) хворих оперували в екстреному порядку шляхом лапаротомії (11 пацієнтів) або лапароскопічно. Ще 22 хворих оперували у плановому порядку після зникнення ознак гострого запалення. Інтраопераційна ревізія холедоха була проведена 23 хворим. 11 хворих від операції відмовилися; п'ятеро з

Таблиця 1. Клініко-лабораторна характеристика хворих на ГБП (n=186)

Ознаки	Основна група хворих (n=138)	Контрольна група хворих (n=48)
Вік (роки)	51,9 (27-84)	49,8 (19-87)
Стать (чол./жін.)	1:2,4	1:2,2
Легка форма панкреатиту	101 (73%)	34 (71%)
Важка форма панкреатиту	37 (27%)	14 (29%)
Жовтяниця	73 (53%)	25 (52%)
Амілаза (г/год.л)	128 (N-212)	136 (N-312)
Білірубін (мкМоль/л)	61,3 (12,6-210)	54,6 (8,5-173)
• прями	• 39,2 (0-151)	• 35,4 (0-143)
АлАТ (МО/л)	1,49 (0,65-2,9)	1,68 (0,7-2,8)
γ -ГТ (МО/л)	147 (26-225)	139 (35-198)
Лужна фосфатаза (од/л)	209 (57-360)	198 (81-340)
ІЛ-1 α (пг/мл)	87 (37-152)	84 (32-141)
ІЛ-8 (пг/мл)	178 (31-269)	176 (42-251)
ФНП- α (пг/мл)	16,3 (5,4-32,1)	16,4 (4,9-34,0)
ІЛ-1Ра (пг/мл)	6783 (4326-8971)	6931 (4218-9140)
ІЛ-10 (пг/мл)	4327 (3137-6149)	4498 (3215-6342)

Таблиця 2. Результати УСГ і ЕРХГ в обстеженні біліарної системи при ГБП (n=138)

Знахідки	УСГ	ЕРХГ
Розширення холедоха	57 (41%)	99 (72%)*
Холедохолітіаз	40 (29%)	81 (59%)*
• Макрохоледохолітіаз (>10 мм)	6 (4%)	7 (5%)
• Середній (1-10 мм)	16 (12%)	29 (21%)*
• Мікрохоледохолітіаз (<1 мм)	18 (13%)	45 (33%)*
Мікрохоледохолітіаз при мікроскопії жовчі		79 (57%)
Холангіт	11 (8%)	33 (24%)*
Папіліт	1 (1%)	37 (27%)*
Парапапілярні дивертикули	-	26 (19%)*

Примітка: * — у відношенні до результатів УСГ (p<0,05).

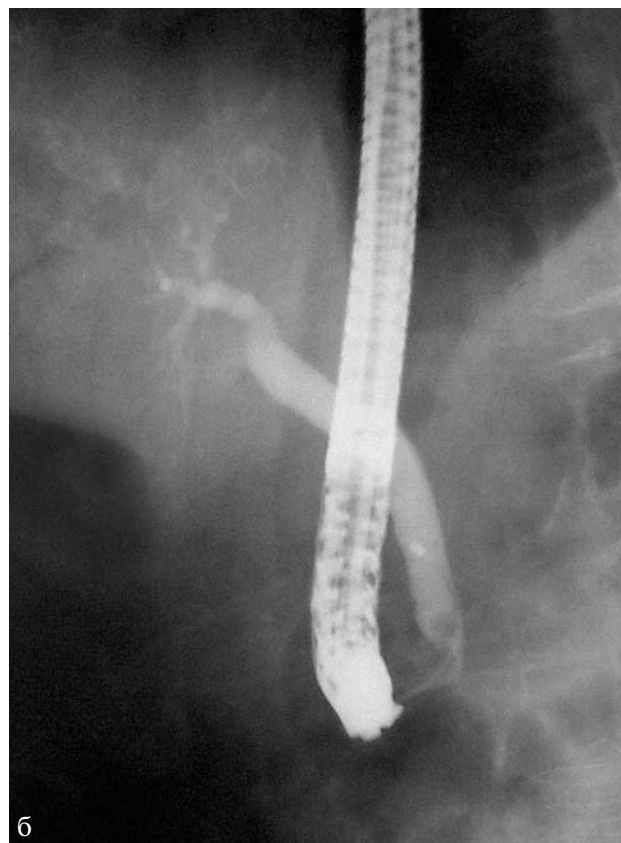


Рис. 1. ЕРХГ у хворих на гострий біліарний панкреатит:

1а - холедох розширений до 12 мм, без явних конкрементів; 1б - конкремент 6 мм у незначно розширеному холедосі.

них поступили з повторним загостренням захворювання і були пізніше оперовані в складі вже основної групи пацієнтів.

Результати

У контрольній групі від прогресування поліорганної недостатності померло 2 (4,2%) хворих, а 9 (18,8%) хворих мали ускладнення: у 4 — в післяопераційному періоді діагностовано пневмонію, у 3 — нагноєння рани та у 2 — септичні ускладнення, ще в 1 — тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок. У 3 хворих у різні терміни після операції було виявлено холедохолітаз. Середній ліжко-день становив 27 (від 10 до 48) днів. Таким чином, у хворих на ГБП, яким не проводилося ендоскопічне обстеження жовчних проток і ПСТ, при значних показниках морбідності, летальності і терміну госпіталізації, як найменше у 8 (17%) хворих залишилися проблеми, пов'язані з патологією жовчних проток або папіли, що призвело до рецидиву захворювання.

В основній групі пацієнтів з методів обов'язкового обстеження, окрім ультрасонографії і рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту, всім хворим, виходячи

з наведених вище теоретичних обґрунтувань етіологічного чинника ГБП, у різні терміни від початку захворювання і поступлення до лікарні виконано дуоденоскопію і ЕРХГ, яку у 132 (95,7%) хворих завершено ПСТ.

При ультрасонографічному обстеженні розширення холедоха спостерігали у 57 (41%) хворих, конкременти в холедосі — у 40 (29%). Клінічні ознаки холангіту (дрощі, фебрильна температура тіла на фоні жовтяниці) і відповідні знахідки при УЗД були у 11 (8%) пацієнтів. Для порівняння (Табл. 2), при ЕРХГ холедох шириною більше 9 мм (у середньому $11 \pm 0,4$ мм) виявили у 99 (72%) хворого (Рис. 1а), а конкременти різних розмірів (Рис. 1б) у ньому — у 81 (59%). У 7 (5%) хворих холедох мав локальне звуження в супра- і/або ретродуоденальній частинах внаслідок зовнішньої компресії набряклою головкою підшлункової залози або інфільтрату у гепатодуоденальній зв'язці. Холангіт був у 33 (24%) пацієнтів, що визначалося за наявністю відходження гною або гнійної жовчі з папіли при її огляді, інструментальної пальпації або після ПСТ (Рис. 2а). Додатково при мікроскопії жовчі агрегати кристалів холестерину і білірубінатів були виявлені ще у 12 (9%) пацієнтів, особливо у ранні терміни від початку панкреатиту.

Окрім того, ендоскопічно у 37 (27%) пацієнтів було діагностовано папіліти (Рис. 26), у 26 (19%) — парапапілярні дивертикули (Рис. 2в); у 39 (28%) хворих спостерігали виражений підслизовий набряк медіальної і задньої стінок низхідного відділу 12-п.кишки (Рис. 2г), й у 99 (72%) — різного ступеня ерозивний процес. Таким чином, при рентген-ендоскопічному обстеженні ще у 12-31%, а в сукупності у 86% пацієнтів нам вдалося виявити ознаки біліарної гіпертензії і встановити конкретні її причини.

Виконання ЕРХГ в гострому періоді панкреатиту має ряд особливостей, починаючи від необхідності максимальної седації пацієнта для як можна більш швидкого проведення процедури і запобігання надмірного травмування запаленої підшлункової залози. Канюлювання папіли виконували дуже обережно, уникаючи попадання контрасту у панкреатичну протоку, що вважаємо досить небезпечним в умовах гострого панкреатиту. Аспіраційна проба — поява жовчі в канюлі при аспірації, — дозволяє з мінімальним ризиком переконатися у правильності проведення процедури та отримати жовч для мікробіологічного та мікроскопічного дослідження. У випадках гострого папіліту чи защемлення конкременту в папілі маніпуляцію починали з розсічення стінки папіли над конкрементом голчастим папілотомом (Рис. 2д). До і після проведення ендоскопічного втручання хворим проводилася відповідна консервативна терапія гострого панкреатиту.

Після ендоскопічної ПСТ, як правило, у той же день або через добу було значне суб'єктивне покращання стану хворого, що було особливо виражено у випадках защемлення конкременту в папілі, коли гострий приступ болю припинявся під час процедури. Якщо причиною жовтяниці була обструкція в дистальному відділі холедоха і/або в папілі, то у хворих відмічали швидке зменшення рівня білірубину, особливо прямої його фракції, у сироватці крові (Рис. 3). У хворих з набряковою формою ГБП через дві — чотири

добі після ранньої (до 48-72 годин від початку захворювання) ПСТ нормалізувалася активність амілази в крові, що не було так виражено у інших хворих, у яких і на сьомий — дев'ятий день відзначено гіперферментемію. Демонстративними в плані ефективності ранньої папілотомії при ГБП були і зміни концентрації прозапальних цитокінів у плазмі крові — швидке зменшення їх концентрації, чого не спостерігали після проведення ПСТ у більш пізні терміни.

При наростанні клінічних виявів гострого холециститу, появи септичного перитоніту або нагноєнні некрозів та рідинних скупчень у різні терміни від початку захворювання 21 (15%) хворого вимушені були оперувати у екстреному порядку шляхом лапаротомії (10 пацієнтів) або лапароскопічно. Після ліквідації ознак клінічних виявів ГБП ще 104 хворих оперували у плановому порядку, причому лише 7 хворим було проведено операцію відкритим шляхом і лише в 4 пацієнтів провели інструментальну ревізію холедоха. 13 хворих, в основному похилого віку, від операції відмовилися і ендоскопічна ПСТ була в них єдиним і остаточною операційним втручанням; лише один пацієнт поступив в клініку повторно із загостренням калькульозного холециститу і був лапароскопічно оперований. У результаті в основній групі від прогресування поліорганної недостатності померло двоє (1,4%) хворих, а 15 (10,9%) хворих мали ускладнення. У віддалені терміни троє хворих повернулися з рецидивом холедохолітазу і були ліковані ендоскопічно. Середній ліжко-день становив 19 (5-37) днів. Таким чином, у хворих на ГБП, яким проводилося ендоскопічне обстеження жовчних проток і ПСТ, при менших, у порівнянні з контрольною групою хворих, показниках морбідності, летальності і терміну госпіталізації, лише у трьох (2,2%) хворих залишилися проблеми, пов'язані з патологією жовчних проток.

Для подальшого аналізу результатів і ефективності проведення ЕРХГ і ПСТ вважаємо за доцільне всіх хворих в залежності від терміну і умов виконання

Таблиця 3. Клініко-лабораторна характеристика хворих на ГБП, яким проведено ЕРХГ (n=138)

Ознаки	Перша група хворих (n=39)	Друга група хворих (n=61)	Третя група хворих (n=38)
Набрякова форма панкреатиту	31 (79%)	42 (69%)*	28 (74%)
Некротична форма панкреатиту	8 (21%)	19 (31%)*	10 (26%)
Жовтяниця	6 (15%)	55 (91%)*	12 (32%)*
Амілаза (г/год.л)	152±24	132±22	97±18*
Білірубін (мкМоль/л)	31,1±7,26	88,0±23,62*	49,4±15,57
• прямиї	• 17,8±12,39	• 59,2±17,15*	• 29,3±11,43
ІЛ-8 (пг/мл)	192±22,7	199±23,9	128±26,3*
ФНП-α (пг/мл)	16,4±5,01	19,3±4,82	11,4±4,05*
ІЛ-1Ra (пг/мл)	6998±817	7382±997	5601±715*
ІЛ-10 (пг/мл)	4431±523	4888±604	3319±423*

Примітка: * - у відношенні до аналогічних показників у першій групі (p<0,05).

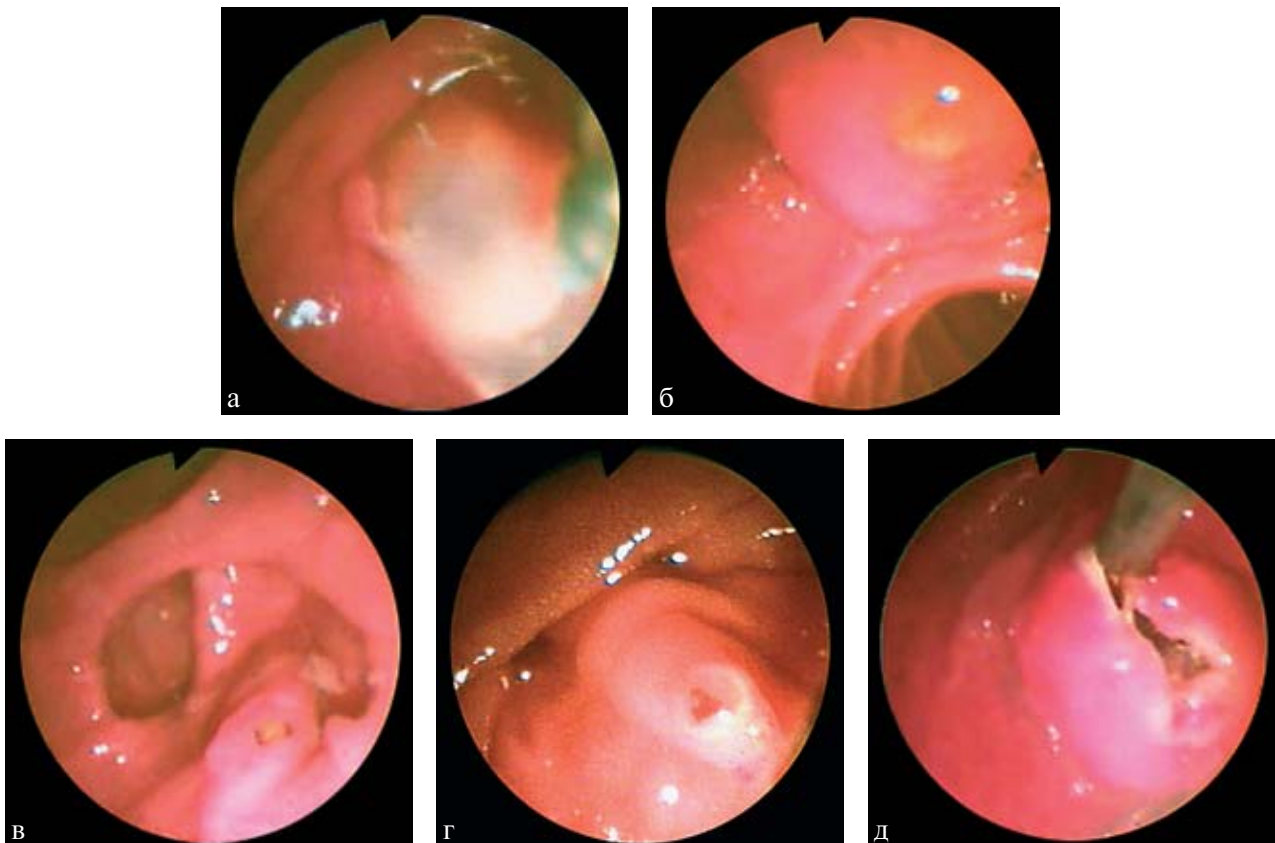


Рис. 2. Ендоскопічні знахідки у хворих на ГБП:

2а - відходження густого гною з холедоха після ПСТ; 2б - гострий папіліт при вклинненні конкремента в папілі; 2в - парапапілярний дивертикул; 2г - підслизовий набряк стінки низхідного відділу 12-п. кишки; 2д - розтин папіли голчастим папілотомом.

рентгеноендоскопічного обстеження поділити на три групи з огляду на фактор часу від початку приступу ГБП і наявність супутніх ускладнень холедохолітазу або панкреатиту у пацієнта. До першої групи ми віднесли всіх 39 хворих на ГБП, які були госпіталізовані в терміни до 48 годин від початку останнього приступу і яким в ургентному порядку проведено рентгеноендоскопічне втручання. Решта хворих поступало пізніше зазначеного терміну і, за наявності таких ускладнень холедохолітазу або панкреатиту, як наростаюча або триваюча жовтяниця, холангіт, повторний приступ ГБП, вклиннення конкремента в папілі з гострим папілітом, їм також в ургентному порядку проводили ЕРХГ з ПСТ — друга група — 61 хворий. За відсутності у пацієнтів перелічених ускладнень (третя група — 38 хворих) проведення ЕРХГ переносили на час перед проведенням холецистектомії або випискою, тобто після ліквідації гострих запальних змін у підшлунковій залозі і парапанкреатичній клітковині (Табл. 3).

Наведені данні вказують на певну неоднорідність груп. Так, у першій групі у результаті було менше хворих на некротичний панкреатит, а також з клініко-лабораторними ознаками жовтяниці; в тре-

тій групі хворих рівні медіаторов запальної відповіді (ІЛ-8 та ФНПа) зменшувалися при досить ще високих значеннях активності біологічно активних субстанцій з протизапальними властивостями (ІЛ-1Ра і ІЛ-10).

Аналіз отриманих матеріалів показує, що найчастіше (81%; $p < 0,05$) конкременти були виявлені у хворих другої групи, у яких вони в основному і були причиною біліарної гіпертензії. В той же час мікроскопічне дослідження жовчі, проведене в різні терміни від початку ГБП, свідчить, що за відсутності явної біліарної обструкції, кількість мікрокристалів поступово зменшується, покращується виведення жовчі з біліарної системи у дванадцятипалу кишку. Одночасно зменшується кількість агрегатів кристалів, які мають більшу подразнюючу дію на папілу, призводять до її тривалого спазму, що має суттєве значення у виникненні ГБП і підтримці активного процесу у подальшому.

Результатом ендоскопічної ПСТ у першій і другій групах хворих на ГБП, було значне суб'єктивне покращання стану хворого у той же день або через добу після втручання, що було особливо виражено у випадках защемлення конкременту в папілі та вико-

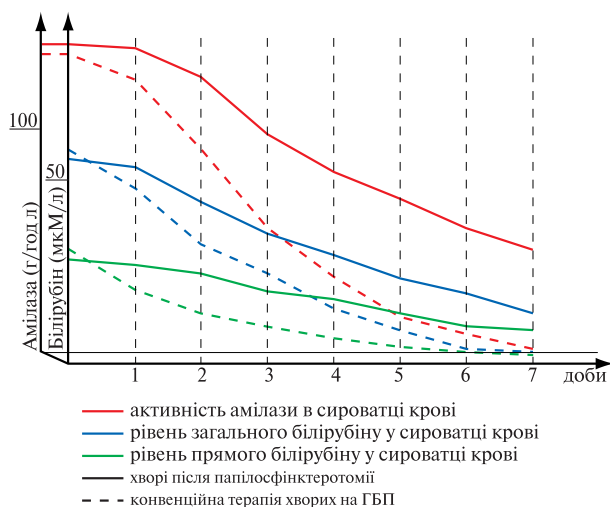


Рис. 3. Динаміка концентрації білірубину і активності амілази у сироватці крові хворих з набряковою ГБП після ендоскопічної ПСТ.

нанні ПСТ у перші дві доби від початку приступу. Суб'єктивне покращання пацієнтів супроводжувалося позитивною динамікою активності амілази, концентрації білірубину, вмісту прозапальних цитокінів у сироватці крові, що особливо було виражено після ранньої ПСТ (Рис. 4).

Обговорення

Лікування гострого панкреатиту є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Гострий біліарний панкреатит складає 30-65% від усіх випадків гострого панкреатиту, і його кількість продовжує зростати відповідно до збільшення числа хворих на жовчно-кам'яну хворобу [1, 9].

Для діагностики ГБП з методів візуалізації широко використовують ультрасонографію у зв'язку з її неінвазивністю і достатньо високою інформативністю. Проте, точність діагностики холедохолітазу або будь-якої іншої причини механічної перешкоди в термінальному відділі холедоха, як етіологічного чинника ГБП, сягає лише 60%. Як показали наші дослідження, це можна пояснити наявністю повітря у дванадцятипалій кишці, яке створює перешкоду для ультразвуку, що особливо виражено у хворих на панкреатит при парезі кишок. Для верифікації причини ГБП проводити ургентну комп'ютерну томографію, а тим більше — магнітнорезонансну холангіопанкреатикографію, у жодній з лікарень країни ще не реально. Тому ми використали для діагностики причини ГБП дещо інвазивний метод, який поєднує ендоскопічне обстеження дванадцятипалої кишки з папілою і ретроградне рентгеноконтрастне дослідження біліарного дерева.

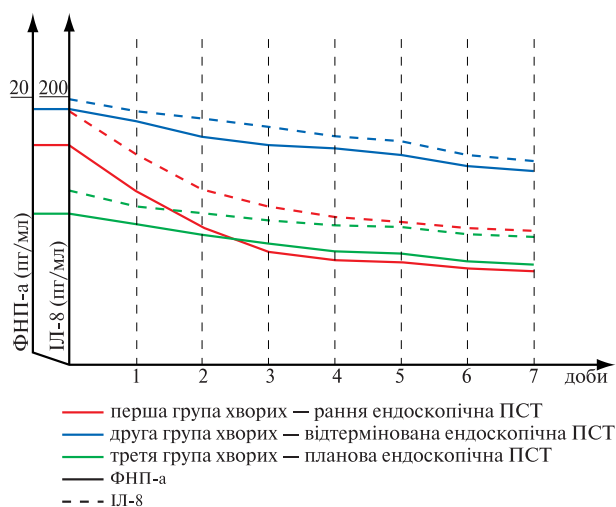


Рис. 4. Динаміка вмісту прозапальних цитокінів у сироватці крові у різних групах хворих на ГБП після ендоскопічної ПСТ.

Наведені у роботі результати, а також отриманий досвід, дозволяють нам рекомендувати проведення ЕРХГ усім хворим на ГБП. Проте, в залежності від терміну початку захворювання і наявності холедохолітазу, біліарної гіпертензії або інфекції, мета процедури і показання до виконання ПСТ змінюються. Зокрема, у перші 48-72 годин від початку приступу ГБП всім хворим, незалежно від біохімічних показників холестази і результатів УСГ (жовчні протоки починають розширюватися лише через дві — три доби від моменту обструкції) показане рентгеноендоскопічне обстеження в екстреному порядку з метою встановлення точного діагнозу і отримання жовчі для дослідження. Завершення обстеження папілосфінктеротомією можна вважати патогенетичним лікуванням: папілосфінктеротомія гарантовано ліквідує біліарну гіпертензію і умови для рефлюксу жовчі у панкреатичну систему (холедохолітаз, папіліт, стійкий спазм папіли, перетискання папіли дивертикулом), запобігає можливому наступному приступу ГБП при новій міграції конкрементів, у тому числі мікрохолелітів. Підтвердженням правильності такої тактики є абортивний перебіг гострого панкреатиту у 11 з 39 (28%) пацієнтів, чого не спостерігали при ПСТ у більш віддалені терміни, а також зменшення у подальшому кількості пацієнтів з важким перебігом панкреатиту.

В терміни понад 48 годин від початку захворювання рентген-ендоскопічне обстеження показане у пацієнтів з наростаючими або стабільними клінічно-лабораторними та ультрасонографічними виявами біліарної гіпертензії, холангіту, ознаками вклинення конкремента у папілі. Мета втручання — ліквідація ускладнень з боку біліарної системи, профілактика можливого наступного приступу ГБП. Проте ПСТ не

впливає принципово на перебіг процесу у самій підшлунковій залозі. Виконання втручання у ці терміни значно ускладнюється за наявності виражених місцевих змін у дванадцятипалій кишці — набряку, деформації кишки, ерозивного процесу, що також збільшує ризик ускладнень.

У хворих на ГБП, у яких не було виражених ознак біліарної гіпертензії або консервативна терапія мала добрий ефект, виконання ЕРХГ носить плановий характер перед лапароскопічною холецистектомією після зникнення симптомів ГБП. У 63% хворих під час ЕРХГ були знайдені ознаки біліарної гіпертензії і їм виконано ПСТ.

Висновки

1. Ендоскопічна ретроградна холангіографія є високоінформативним методом діагностики причини виникнення гострого біліарного панкреатиту.
2. Показання до ЕРХГ і ПСТ при ГБП залежать і змінюються з часом від початку приступу і клінічної картини біліарної обструкції.
3. Поєднання ЕРХГ з папілосфінктеротомією у ранньому періоді ГБП дозволяє попередити подальший його розвиток, запобігти виникненню і прогресуванню панкреонекрозу, сприяє швидкому одужанню хворого.
4. У відтерміновані строки проведення ЕРХГ і ПСТ дозволяє зменшити ризик виникнення майбутніх ускладнень.

Література

1. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и соавт. (2000) Острый панкреатит. (Санкт-Петербург). 310 с.
2. Захараш Ю.М., Ничитайло М.Е. (2003) Принципы лечения острого панкреатита, осложненного механической желтухой в условиях возможности применения миниинвазивных технологий. Вісник морської медицини. Том 21; 2:171-173
3. Криворучко И.А., Бойко В.В. (2002) Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита. Мат. науково-практич. конф. "Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту". (Львів). с. 86-90
4. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. (1997) Хирургия поджелудочной железы. (Симферополь). 560 с.
5. Classen M., Phillip J. (1978) Pancreatitis: An indication for endoscopic papillotomy? Endoscopy. Vol. 10:223-225
6. Cotton P.B., Williams Ch.B. (1990) Practical gastrointestinal endoscopy (Third edition). (Oxford). 289 p.
7. Fan S.T., Lai E.C., Mok F.P. et al. (1993) Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. N. Engl. J. Med. Vol. 328:228-232
8. Folsch U.R., Nitsche R., Ludtke R. et al. (1997) Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. N. Engl. J. Med. Vol. 336:237-242
9. Gislason H., Vetrhus M., Horn A. et al. (2001) Endoscopic sphincterotomy in acute gallstone pancreatitis: a prospective study of the late outcome. Eur. J. Surg. Vol. 167; 3:204-208
10. Kaw M., Al-Antably Y., Kaw P. (2002) Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy. Gastrointest. Endosc. Vol. 56; 1:61-65
11. Nitsche R., Folsch U.R. (1998) Endoscopic sphincterotomy for acute pancreatitis: arguments against. Ital. J. Gastroenterol. Hepatol. Vol. 30; 5:562-565
12. Nowak A., Marek T.A., Nowakowska-Dulawa E. et al. (1998) Biliary pancreatitis needs endoscopic retrograde cholangiopancreatography with endoscopic sphincterotomy for cure. Endoscopy. Vol. 30; 9:256-259
13. Opie E.L. (1901) The relation of choledocholithiasis to disease of the pancreas and to fat-necrosis. Johns Hopkins Hosp. Bull. Vol. 12:19-21
14. Pezzilli R., Billi P., Morselli-Labate A.M. et al. (2003) Anesthesiological risk and endoscopic sphincterotomy in acute biliary pancreatitis. Pancreas. Vol. 26; 4:334-338