

захворювання — декомпенсований цукровий діабет другого типу мали 2 хворих, в одного з них була волога гангрена стопи. При госпіталізації у хворих були тяжкі гемодинамічні розлади та блювання застійним шлунковим вмістом типу "жовтої гуші", у 5 пацієнтів діагнозом при госпіталізації була кроветеча з верхніх відділів травного каналу. У лабораторних дослідженнях були відсутні ознаки анемії, проте у 5 хворих (50%) були підвищені рівні креатиніну і сечовини, ацидоз, гіпокоагуляція, які нормалізувалися після інтенсивної терапії в пацієнтів, які вижили.

Ендоскопічна картина була типовою для захворювання: чорно-сірі сучільні нашарування без проміжків незмінної слизової та парез шлунка з великою кількістю темного застійного вмісту. У 6 (60%) хворих була аксіальна хітальна грижа, що сприяла рефлюксу шлункового вмісту у стравохід. Ерозивні зміни слизової шлунка виявлено у 2 пацієнтів, у жодному випадку не було механічної перешкоди (стенозу) для пасажу вмісту з верхніх відділів травного каналу.

ОСОБЛИВОСТІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ДІТЕЙ

Матвійчук Б.О., Нянковський С.Л., Квіт Д.І., Іванців В.А., Ющик Л.В., Томків Я.В., Шевчук В.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Коомунальна міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

Захворювання гастроуденальної зони у дітей останніми роками характеризуються нетиповою клінічною симптоматикою і "омолодженням" ерозивно-виразкових змін слизової травного каналу. Зазначають зростання частоти рефлюксних уражень стравоходу.

Метою даної роботи є проаналізувати особливості динаміки частоти ерозивно-виразкових уражень стравоходу та гастроуденальної зони у дітей за останні 10 років.

Матеріали та методи. За період 2005–2014 рр. у гастроцентрі КМДКЛ м. Львова обстежено і проліковано 11740 дітей, серед яких у 2691 (22,9%) виявлено ерозивно-виразкові зміни слизової. Вивчали частоту, особливості семіотики ерозивно-виразкових уражень стравоходу та гастроуденальної зони у дітей.

Результати. У 225 дітей (1,91% від усіх пролікованих) були ерозивно-виразкові ураження стравоходу. Ерозивно-виразкові ураження шлунка (965 випадків, 8,14%) діагностували істотно рідше ($p<0,01$), ніж ураження дванадцятипалої кишки (ДПК) (1510 випадків, 12,86%).

Більшість дітей (1587, 59%, $p<0,01$), в яких було виявлено ерозивно-виразкові ураження стравоходу та гастроуденальної зони, були підліткового віку (12–18 років), серед них переважали хлопчики (1453, 54%). За період з 2005 до 2012 року збільшилася кількість ерозивно-виразкових уражень у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку (21 у 2005 р. проти 48 у 2012 р.).

За період з 2005 р. до 2013 р. відзначено стабільне зменшення кількості пролікованих шкільно дітей (тау Кендалла $-0,78$, $p<0,01$). Істотно зменшилася абсолютна кількість і частота виявлення виразки ДПК ($-0,75$, $p<0,01$). Абсолютна кількість і відносна частота виразково-ерозивних уражень шлунка і ерозій ДПК не мали явного тренду. Відповідно, істотно зменшилася відношення виразково-ерозивних уражень ДПК до уражень шлунка ($-0,78$, $p<0,01$). Серед обстежених зростає частка пацієнтів з рефлюкс-езофагітом ($0,42$, $p=0,09$), відповідно, зросло відношення езофагітів до уражень ДПК ($0,50$, $p=0,12$).

На нашу думку, це пов'язано з впровадженням сучасних методів діагностики і лікування інфекції *Helicobacter pylori*. Відсутність рецидивів хвороби мала місце у 2642 (98,2%) хворих.

Усі хворі отримували інфузійну терапію, інгібітори протонної помпи, прокінетики та лікування, спрямоване на корекцію фонової патології. Померли 2 пацієнти внаслідок отруєння сурогатами алкоголю. Стан інших хворих поліпшився, місцеві ускладнені некротизуючого езофагіту не було. При контрольному ЕГДС через 2–3 тижні виявлено повну регенерацію слизової оболонки стравоходу.

Висновки. На підставі проведених досліджень вважаємо, що найчастішою причиною розвитку "чорного стравоходу" є алкохолна інтоксикація, яка зумовлює поєднання гемодинамічних розладів, парезу шлунка з блюванням та гастроезофагіальним рефлюксом. Сприяючим чинником є порушення функції нижнього стравохідного сфінктера. Прогноз визначається своєчасністю діагностики та комплексом заходів інтенсивної терапії.

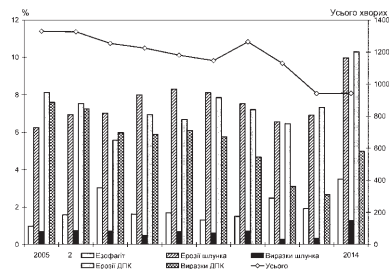


Рис. 1. Частота виразково-ерозивних уражень (2005–2014 рр.)

За останні роки зменшилася чисельність хворих з вираженими больовим і диспепсичним синдромом. Зростає кількість «німих» ерозивно-виразкових захворювань, які діагностовано випадково під час обстеження. У 2/3 хворих ерозивно-виразкова патологія поєднувалася з порушенням моторики травного каналу, особливо стравоходу, що також передбачає перегляд терапевтичних та профілактичних заходів.

Висновки.

- За останні роки змінилася клініка і нозологічна структура хронічної гастроуденальної патології у дітей з переважанням нетипового перебігу захворювань.
- За весь період дослідження спостерігається стійка тенденція зростання частоти гастроезофагіального рефлюксного хвороби.
- Своєчасна діагностика гелікобактерної інфекції та ерадикаційна терапія у т.ч. сімейний підхід до ерадикації сприяють значному зниженню частоти дуоденальних виразок у дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ "МЕСАЛАЗИНУ" В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ ПРИ НЕОПЛАЗІЯХ

Нікішаєв В.І., Болотських М.О., Садовий В.Ю.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ. З моменту, коли в 1970 році К. Tsuneoka і Т. Uchida вперше в світі виконали видалення поліпа з шлунку шляхом механічного відсікання пухлини на ніжці за допомогою металевих петлі, ендоскопічні втручання безперервно та стрімко розвивалися та удосконалювалися. Але швидкий розвиток ендоскопічної хірургії при неоплазіях шлунково-кишкового тракту ставить перед ендоскопістами багато задач по усуненню ускладнень, а також їх попередженню, тому у нашій клініці було проведено дослідження по впливу «месалазину» на загояння післяопераційних дефектів слизової товстої кишки після ендоскопічних операцій.

У світовій практиці існує багато досліджень по усуненню ускладнень після ендоскопічних операцій, таких як: перфорація, кровотеча та постполіпектомічний синдром. Але існує вкрай мало досліджень, що вивчають вплив на загояння післяопераційних *EMR*-індукованих або *ESD*-індукованих виразок шлунково-кишкового тракту. Існує невелика кількість дослідження по вивченню впливу ІПП на загояння післяопераційних дефектів слизової у шлунку.

Зокрема одне дослідження показало, що всі *ESD*-індуковані виразки шлунка заживають в межах 8 тижнів, незалежно від розміру та розташування з використанням стандартних доз ІПП протягом 8 тижнів [1]. В іншому дослідженні було показано використання омега-3 протягом 1 тижня та позитивний ефект на загояння *EMR*-індукованих виразок шлунка [2].

Перед тим, як перейти безпосередньо до нашого дослідження необхідно чітко розуміти який вплив здійснює електричний струм на тканини при ендоскопічних операціях.

Електрохірургія заснована на принципі перетворення енергії високочастотного електричного струму в тепло, з результатуючим ефектом різання і/або коагуляції тканини в точці поточного дотику. По мірі того, як струм проходить через тканини, електричні стикаються з різними компонентами тканини. У ході цих зіткнень, певна кількість енергії розсіюється в залежності від характеру тканини, що призводить до підвищення температури. Електрохірургічні ефекти можуть бути двох типів по здійсненню ефектів на тканини, а саме коагуляція (температура піднімається усередині клітин, які потім зневоднюються і зменшуються) або різання (нагрівання внутрішньоклітинної рідини відбувається так швидко, що клітини "вибухають") [3].

Внаслідок вищезазначених ефектів на стінку порожнистого органу, після застосування електрохірургії, на поверхні слизової утворюється післяопераційний дефект із зоною перифокального пошкодження і розвитком там запального процесу. Вплив на цю зону з метою зменшення запального зміни, і, як наслідок пришвидшення загояння дефекту і є метою проведення нашого дослідження.

Основний механізм аміносаліцилатів включає інгібування циклооксигенази і ліпоксигенази, що в свою чергу зменшує вироблення простагландинів і лейкотриєнів. Аміносаліцилати також змінюють антипроліферативну дію *TNF*-альфа, таким чином,

попереджаючи негативну дію цитокінів за рахунок зниження транскрипції запальних медіаторів кишковою клітиною [4].

Інші описані механізми включають в себе інгібування фактора активації тромбоцитів і виробництва кисневих радикалів та інших протизапальних факторів [5, 6].

При зниженні вироблення запальних простагландинів і утворення інших сильніючих хемотаксичних речовин, включаючи лейкотриєн В4 і жирні кислоти [7], аміносаліцилати відіграють важливу роль у припиненні запального процесу.

Матеріали та методи. В дослідження були включені 65 пацієнтів, яким проводилося ендоскопічне видалення неоплазії товстої кишки діаметром >3 см, оскільки, як було показано в ретроспективному дослідженні, що проводилося в Кореї, ці неоплазії є найбільш небезпечними з точки зору розвитку післяопераційного електрокоагуляційного синдрому [8]. Характеристика пацієнтів наведена в таблиці 1.

Пацієнти були рандомізовані на 2 групи, які між собою достовірно різниці по статі, віку, локалізації, типу утворення та розмірам не мали.

В першій групі пацієнтам назначено месалазин (салофалк) в таблетках по 500 мг тричі на добу протягом 1 місяця та зроблена контрольна колоноскопія через 1 місяць після ендоскопічного видалення (32 пацієнта).

В другій групі була проведена тільки контрольна колоноскопія через 1 місяць після ендоскопічного видалення (33 пацієнта).

У пацієнтів, що брали участь у дослідженні, зустрічалися поліпівидні неоплазії на широкій основі, зубчасті аденоми та латерально зростаючі пухлини (*LST*), які були класифіковані відповідно до *Japanese Research Society classification* [9]. Латерально зростаючі

Таблиця 1. Клініко-патологічні характеристики і результати проведеного ендоскопічного лікування 65 пацієнтів

	Характеристика	Кількість (n, %)	
Стать	Жінки	26 (40%)	
	Чоловіки	39 (60%)	
Локалізація	Права половина	22 (33,8%)	
	Ліва половина	15 (23%)	
	Пряма кишка	28 (43,2%)	
Типи пухлин	Зубчасті аденоми	32 (49,2%)	
	Поліпівидні неоплазії	17 (26,2%)	
	LST	Не гранулярні	10 (15,4%)
		Гранулярні	6 (9,2%)

пухлини (*LST*) були визначені як утворення більше, ніж 10 мм з низькою висотою, що розповсюджуються в бічному напрямку уздовж внутрішньої просвіту товстої кишки [10]. Локалізація пухлин визначалася згідно *Japanese Classification of Colorectal Carcinoma*: пухлини правої половини товстої кишки (сліпа кишка, висхідна ободова кишка та поперечна ободова кишка), пухлини лівої половини товстої кишки (низхідна ободова кишка та сигмовидна кишка) та пухлини прямої кишки [9].

Результати та обговорення. У 6 пацієнтів виникли незначні кровотечі, які були зупинені за допомогою аргонно-плазменної коагуляції або коагуляційних щипців. Також 12 пацієнтів відмічали незначний біль після операції. Серйозних ускладнень таких як перфорація та профузна кровотеча не відмічалось.

Після проведеної контрольної колоноскопії в 1 групі, де проводилось лікування салофальком, повне загоєння дефекту слизової відмічалось у 27 пацієнтів, що склало 84,3% від загальної кількості пацієнтів в цій групі, у інших 5 пацієнтів (15,7%) відмічалась резидуальні дефекти невеликих розмірів 2–5 мм в діаметрі.

В 2 групі, де пацієнти не отримували салофальк при контрольній колоноскопії через місяць після видалення пухлини повне загоєння дефекту слизової відзначено тільки у 6 пацієнтів (18,2%).

Таким чином, достовірно ($p < 0,001$; $\chi^2 = 25,89$) *ESD*- та *EMR*-індуковані виразки товстого кишечника краще загоюються при застосуванні месалазіну.

Висновки.

1. В світовій літературі практично немає даних про вивченню впливу на процес загоєння *ESD*- та *EMR*-індукованих виразок товстого кишечника.
2. Препарат «салофальк» показав позитивний вплив на швидкість загоєння *ESD*- та

EMR-індукованих виразок, але необхідно провести додаткові дослідження про вивченню оптимальних доз препарату та тривалості лікування в залежності від розміру та локалізації неоплазій.

Література.

1. Kakushima N., Yahagi N., Fujishiro M., et al. (2004) The healing process of gastric artificial ulcers after endoscopic submucosal dissection. *Dig Endosc*; 16: 327–331
2. Lee S.Y., Kim J.J., Lee J.H., et al. (2004) Healing rate of *EMR*-induced ulcer in relation to the duration of treatment with omeprazole. *Gastrointest Endosc*; 60: 213–217
3. Curtis L.E. (1973) High frequency currents in endoscopy: a review of principles and precautions. *Gastrointest Endosc*; 20: 9–12
4. Kaiser G.C., Yan F., Polk D.B., et al. (1999) Mesalazine blocks tumor necrosis factor growth inhibition and nuclear factor kappa B activation in mouse colonocytes. *Gastroenterology*; 116:602–9.
5. Hanauer S.B. (2004) Review article: aminosalicylates in inflammatory bowel ulcerative colitis. *Aliments Pharmacol Ther*; 20(Suppl 4): 60–5.
6. Egan L.J., Mays D.C., Huntoon C.J., et al. (1999) Inhibition of interleukin-1-stimulated NF-kappa B RelA/p65 phosphorylation by mesalazine is accompanied by decreased transcriptional activity. *J Biol Chem*; 274: 448–53.
7. Grisham M.D. (1994) Oxidants and free radicals in inflammatory bowel disease. *Lancet*; 344:859–61.
8. Jung Dahyun et al. (2013) Risk of electrocoagulation syndrome after colorectal endoscopic submucosal dissection. *Endoscopy*; 45: 714–717
9. General rules for clinical and pathological studies on cancer of the colon, rectum and anus. Part II. Histopathological classification. Japanese Research Society for Cancer of the Colon and Rectum (1985) *Jpn J Surg*; 13: 574–598
10. Uraoka T., Saito Y., Matsuda T. et al. (2006) Endoscopic indications for endoscopic mucosal resection of laterally spreading tumours in the colorectum. *Gut*; 55: 1592–1597

СТОРОННЄ ТІЛО ТОВСТОГО КИШКІВНИКА

Нікішаєв В.І., Садовий В.Ю., Болотських М.О.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Сторонні тіла шлунково-кишкового тракту поширена проблема, що часто зустрічається лікарям ендоскопістам. Більшість випадків сторонніх тіл припадають на верхні відділи шлунково-кишкового тракту, і досить рідко зустрічаються сторонні тіла товстого кишечника. В першому випадку тактика та подальші дії лікарів напрацьовані. Що стосується сторонніх тіл товстого кишечника, в зв'язку з рідкісними спостереженнями, відсутність однозначна думка, яким чином та якими засобами, допомогти пацієнту з цією проблемою. Лікарі різних професій (хірурги, проктологи, ендоскопісти) застосовують різні методи видалення, які можуть призвести до небажаних пошкоджень прямої кишки.

Рішення приймається індивідуально, враховуючи особливості стороннього тіла, його розмірів, та місця локалізації. З власних спостережень з'ясовано, що сторонні тіла значних розмірів що мігрували за ректосигмоїдний згин, при видаленні, важко проходили його, створюючи додаткові точки фіксації, як унеможлививали їх видалення без нанесення пошкоджень оточуючим тканинам. Інколи таким пацієнтам проводять оперативне лікування.

Клінічні випадки. Хвора 38 років звернулася в КМКЛШМД зі скаргами на наявність стороннього тіла в товстій кишці, періодичний спастичний біль, в лівому боці. При пальцевому дослідженні прямої кишки, стороннє тіло не визначається. Під час ендоскопії з'ясовано що, стороннє тіло знаходилось біля селезінкового згину, особливості його є тонкостінна скляна колба довжиною 25 см, 2,5 см в діаметрі, з потовщенням у вигляді вінця в дистальному краї. В даному випадку була велика загроза руйнування стороннього тіла, під час його видалення, і пошкодженням оточуючих тканин уламками. Видалити вдалось поетапно, спочатку стороннє тіло захоплено петлею великого діаметра, низведена до рівня ректосигмоїдного згину. Подальше проходження утруднене, так як колба фіксується в згині (рис. 1). Колоноскоп видалено, залишивши петлю під постійним натягом, пацієнтка укладена на спину, вказівний палець введено в пряму кишку по передній її поверхні, нігтьовою поверхнею вниз, введений до стороннього тіла, здійснений його розворот на 180°. Придаючи чужорідне тіло пальцем до задньої стінки (рис. 2) змінили вісь напрямлення траєкторії та згладивши ректосигмоїдний згин, здійснена трасія його петлею. Таким чином без руйнування колби та пошкодження слизової, стороннє тіло видалено.

Хворий 35 років звернувся в КМКЛШМД зі скаргами на наявність стороннього тіла в прямій кишці, періодичний спастичний біль, в лівій здухвинній ділянці. Зі слів пацієнта стороннє тіло циліндричної форми довжиною 20 см, 3 см в діаметрі, з конусоподібним

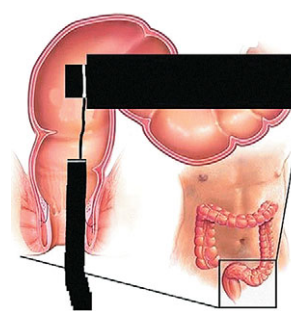


Рис. 1. Схематичне зображення захованого стороннього тіла петлею.

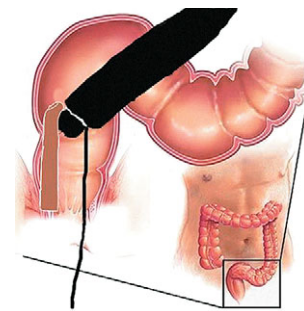


Рис. 2. Схематичне зображення зміни вісі розміщення стороннього тіла та згладження ректосигмоїдного згину.

звуженням в дистальній частині, шільне (фаломітатор). Під час пальцевого дослідження прямої кишки, стороннє тіло не визначається. При ендоскопічному дослідженні встановлено, те що, край стороннього тіла знаходиться біля ректо-сигмоїдного згину. Конусоподібне звуження захоплено петлею великого діаметра. При спробі видалення, відчувається значний опір, стороннє тіло фіксується в ректо-сигмоїдному згині. Видалити ендоскоп, при постійному натягу за петлю, таким же методом, як в попередньому випадку стороннє тіло видалити. При контрольному дослідженні ознак пошкодження слизової не виявлено.

Висновки. Запропонований метод ендоскопічного видалення сторонніх тіл товстого кишечника з мануальною асистенцією — є простий та ефективний метод.

ЕНДОСКОПІЧНІ РЕЗЕКЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ПУХЛИННИМИ УРАЖЕННЯМИ ВЕЛИКОГО СОСОЧКА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Литвин О.І., Стоколос А.В.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України

Вступ. Розробка сучасних дуоденоскопів та новітнього інструментарію значно розширили лікувальні можливості транспаплярних ендоскопічних втручань, що в свою чергу стало поштовхом до пошуку та впровадження ендоскопічних папілектомії при новоутвореннях великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК).

Мета роботи: дослідження результатів виконання ендоскопічних резекційних втручань при пухлинах ВСДК.

Матеріали та методи. Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 72 хворих з доброякісними та злоякісними пухлинами великого сосочка дванадцятипалої кишки, що знаходились на лікуванні у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу з 2005 по 2014 р. Серед досліджуваних хворих було 44 жінок і 28 чоловіків. Середній вік пацієнтів склав 62 ± 13 років. Ендоскопічні втручання виконували в рентгенопераційній залі за допомогою дуоденоскопів *JF-IT 40*, *TJF-160 VR Olympus*, електрохірургічного блоку *Olympus*, аргонноплазмового коагулятора «*ЕЖОНТ 0701*», торцевих папілосектертомів, ендоскопічних петель, гнучких провідників, пластикових та полімерних стентів *Boston Scientific* (США) та *Olympus* (Японія).

Результати та обговорення. Тубулярну аденому спостерігали у 25 пацієнтів, віusstу аденому — у 17, змішану форму — у 16 хворих. Злоякісні новоутворення ВСДК мали місце у 9 пацієнтів. Інтрамульну локалізацію аденому виявляли у 21 пацієнта, екстрамульну — у 42 хворих. Інтрамульну локалізацію раку ВСДК спостерігався у 4 пацієнтів, екстрамульну форму — у 5.

Відповідно із запропонованою нами класифікацією ендоскопічних резекцій, були виконані наступні ендоскопічні операції при доброякісних пухлинних ураженнях: тотальна одномоментна папілектомія — 15 хворих, фрагментарна тотальна папілектомія — 12 пацієнтів, локальна резекція сосочка — 11 випадків, аденомектомія — 25 пацієнтів.

Ендоскопічна папілектомія при злоякісних новоутвореннях ВСДК виконана нами у 9 хворих. В даному випадку ендоскопічні втручання виконували у пацієнтів з T1 адено-

карциномою сосочка при умовах її високої диференціації та протипоказках до традиційної радикальної операції (вік > 80 років, важка супутня патологія).

Ускладнення після резекційних втручань на великому сосочку дванадцятипалої кишки виникли у 9 (12,5%) хворих: в 5 випадках кровотеча, в 3 — гострий панкреатит та у 1 — явища холангіту.

Псевдооперативні результати біопсії сосочка після резекційних втручань виявили у 5 пацієнтів. Стационарне гістологічне дослідження видаленого препарату підтвердило високодиференційовану аденокарциному в 3 і низькодиференційовану аденокарциному в 2 випадках. У 2 пацієнтів зголом виконали радикальні хірургічні операції, а у 3 — ендобілярне стентування нітіноловими імплантатами. У решти хворих виконували контрольні огляди зони резекції кожні 3 місяці протягом першого року, а далі щорічно. Рецидив захворювання в різні терміни після резекційних втручань виявили у 4 пацієнтів. Рецидивні розростання тканини пухлини висікали ендоскопічною петлею або методами термальної абляції.

При злоякісних новоутвореннях сосочка рецидив аденокарциноми спостерігали у 3 пацієнтів в терміни 5 — 9 місяців після виконання ендоскопічної папілектомії. В даних випадках застосовували аргонноплазмову фульгурацію рецидивної тканини з подальшою імплантацією нітінолового ендопротезу. У 5 пацієнтів (терміни спостереження 1–1,5 роки) рецидив захворювання не було. Ще один хворий помер через 4 місяці після ендоскопічної папілектомії в зв'язку з прогресуванням серцево-судинної недостатності.

Висновки. Ендоскопічна папілектомія є безпечною і ефективним методом лікування доброякісних пухлин ВСДК, і повинна бути першочерговою відносно даної патології. При злоякісних новоутвореннях ВСДК, ендоскопічну папілектомію слід застосовувати у пацієнтів з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику, не в силу своєї радикальності, а по причині меншої післяопераційної летальності та відносно благоприсних найближчих результатів.