

ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕПАТИКОЄНОСТОМІЇ У ХВОРИХ З ІКТЕРОГЕННИМИ ПУХЛИНАМИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЇ ЗОНИ

Ничитайло М.Ю., Кондратюк О.П., Хілько Ю.О., Кондратюк В.А., Єрмак Н.А.

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

Вступ. Пухлини периапулярної зони становлять 2–12% від усіх злоякісних новоутворів і 6–15% пухлин шлунково-кишкового тракту. Першим і основним проявом патології, у 80% випадків є поява жовтяниці. Радикальне оперативне лікування є можливим лише у 17–25% пацієнтів. Мета паліативного лікування пухлин периапулярної зони полягає у ліквідації жовтяниці та/чи непрохідності дванадцятипалої кишки. Ендоскопічна декомпресія обтурованої жовчної протоки може проводитися в більшості випадків, проте ефективність таких методів не така велика, як у обхідних анастомозів після хірургічного втручання. З іншого боку з гепатикоєностомією пов'язані вищі рівні захворюваності та вищий коефіцієнт смертності, у порівнянні з попередніми ендоскопічними методами.

У випадку паліативного лікування, лапароскопічна гепатикоєностомія є пріоритетним методом, тому що забезпечує більш пролонгований ефект ніж ендоскопічне стентування, у якого частота повторних госпіталізацій і реінтервенцій значно вища, а також володіє всіма перевагами мінінвазивного втручання.

Матеріали та методи. З 2011 по 2014 рр. в НИХТ ім. О.О. Шалімова виконано 9 лапароскопічних гепатикоєноанастомозів. Всім пацієнтам виконували загальноклінічні

обстеження, УЗД, ЕГДС, комп'ютерну томографію. У 6 хворих на етапі доопераційної діагностики були виявлені метастази в печінку і оперативне втручання носило паліативний характер. З пацієнтам лапароскопічна гепатикоєностомія виконана як перший етап перед радикальним хірургічним лікуванням, а в подальшому, після нормалізації функціональних резервів печінки, їм була виконана панкреатодуоденальна резекція.

Результати. На момент поступлення рівень білірубінемії становив 310 ± 100 мкмоль/л. Ускладнень після лапароскопічної гепатикоєностомії не спостерігалось. Середній ліжджені становив $8 \pm 2,1$ дні. Середня тривалість життя після даної операції становила $352 \pm 110,4$ дні і залежала від гістологічної форми і локалізації пухлини. У 3 випадках, хворим успішно була виконана панкреатодуоденальна резекція в термін від 2 до 4 тижнів після лапароскопічної гепатикоєностомії. Летальних випадків не спостерігалось.

Висновки. Лапароскопічна гепатикоєностомія поєднує всі переваги мінінвазивного хірургічного втручання та функціональні результати традиційної гепатикоєностомії по Ру і може застосовуватися як перший етап перед радикальним хірургічним лікуванням, а в неоперабельних випадках є ефективним заключним методом відновлення жовчівідтоку.

ЗАСТОСУВАННЯ КАПСУЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ ТА ДВОБАЛОННОЇ ЕНТЕРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОНКОГО КИШКІВНИКА

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

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня, Київ. *Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика, Київ

Вступ. Капсульна ендоскопія (КЕ) і двобалонна ентероскопія (ДБЕ) є передовими процедурами огляду тонкої кишки. Вони мають спільні показання і абсолютно різні функції. КЕ може охоплювати весь шлунково-кишковий тракт. Процедура не вимагає знешелення і краще переноситься. Її основні недоліки — неможливість виконання звичайних ендоскопічних процедур, таких як роздування повітрям, біопсія та терапевтичні втручання. Навпаки, ДБЕ може подолати ці незручності. Крім того, вона надає можливість виконання таких ендоскопічних процедур як гемостаз, поліпектомія, ендоскопічна резекція слизової оболонки, балонна дилатація і установка стента. Однак ДБЕ є інвазивною процедурою, яка вимагає седативної або загальної анестезії, рентгенологічного моніторингу, участі двох досвідчених ендоскопістів, і тривалий час експертизи. Сучасні рекомендації з діагностики патології тонкого кишківника ставлять капсульну ендоскопію (КЕ) на перше місце в обстеженні хворих з неясною шлунково-кишковою кровотечею, встановленою і/або підозрюваною хворобою Крона і можливими новоутвореннями тонкого кишківника. Крім того, багато досліджень встановили, що цей метод є економічно ефективним і в інших клінічних ситуаціях, такі як виявлення уражень тонкого кишківника при хворобі Крона у пацієнтів, в яких інші методи не змогли поставити діагноз, нестероїдні протизапальні лікарські ентеропатії, целіакія, поліпозні синдроми і пухлини тонкого кишківника, ВІЛ-інфіковані пацієнти з шлунково-кишковими симптомами, целіакією та іншими синдромами мальабсорбції, геморагічний васкуліт, у пацієнтів після трансплантації кишківника і з реакцією «трансплантат проти господаря», особливо в частині контролю відповіді на імуносупресивну терапію.

Двобалонна ентероскопія (ДБЕ) — це новітній метод, який робить можливою повну візуалізацію, біопсію та лікування патології тонкої кишки. Ми опишемо наш перший досвід з використанням ДБЕ, оцінюючи показання, діагностичну цінність і ускладнення. Частота ускладнень на прийнятному низькому рівні. Важкі ускладнення, такі як панкреатит і перфорация зустрілися в літературі приблизно в 1% всіх випадків. Можна очікувати, що частота ускладнень терапевтичної ДБЕ вище, порівняно зі звичайною ендоскопією. Вторинна мета дослідження полягала в тому, щоб порівняти результати ДБЕ з капсульною ендоскопією (КЕ). У даній статті висвітлено акумульований досвід застосування даної методики на базі відділення проктології Київської обласної клінічної лікарні.

Матеріали та методи. Ретроспективне дослідження пацієнтів, спрямованих у відділення для оцінки передбачуваної патології тонкого кишківника в період з листопада 2014 по лютий 2015 року. Капсульна ендоскопія проводилася із використанням системи капсульної ендоскопії ОМОН. Система капсульної ендоскопії ОМОН складається з наступних компонентів: ОМОН *Smart Capsule* стерильна, одноразова, 10 годин роботи, розмір — $13 \times 27,9$ мм, роздільна здатність 0,1 мм, 2 знімки на секунду; записуючий пристрій, розміщений в спеціальній оболонці; робоча станція — програмне забезпечення ОМОН; портативний монітор, що дозволяє отримувати зображення в режимі реального

часу. Підготовка до обстеження в обох випадках включала дотримання безшлакової дієти протягом 2 днів, Фортранс по схемі — 2 пакети в перший день підготовки та 4 пакети напередодні за умови відсутності активної кровотечі на момент обстеження. Було обстежено 390 пацієнтів за період з травня 2011 по лютий 2015 року.

ДБЕ проводилася за використанням ентероскопа *Pentax VSB-2990i*. Ентероскоп *Pentax VSB-2990i* оснащений ПЗС-матрицею високої роздільної здатності (1250000 пікселів), має загальну довжину 2523, робочу довжину 2200 мм, інструментальний канал діаметром 2,8 мм, діаметр робочої частини — 9,8 мм, кут огляду 140° , відхилення дистального кінця вгору/вниз 180° , відхилення дистального кінця вправо/вліво — 160° , глибину різкості — 5–100 мм. Було проведено 4 обстеження за період з жовтня 2014 по лютий 2015 року. Було використано стандартну форму збору даних.

Результати. Методом капсульної ендоскопії було обстежено 390 пацієнтів, з них — 246 жінок, 144 чоловіків, середній вік — 44,5 року (діапазон 16–83 роки). При госпіталізації пацієнти висловлювали такі скарги: хронічний біль в животі — 59%, домішки крові в калі — 18,6%, шлунково-кишкові кровотечі — 6,6%, діарея — 14,8%, метеоризм 17,2%, сліз — 11,0%, запори — 15,3%, хронічна лихоманка — 8,1%, втрата ваги — 0,5%. Пацієнти мали раніше встановлений діагноз: хвороба Крона — 18,6%, неспецифічний виразковий коліт, 5,9%, целіакія — 2%, синдром розротованого кишківника — 65,6%, хронічний ентерит — 2,9%, анемія неясного походження — 8,3%. В результаті обстеження було виявлено: виразки тонкої і клубової кишки з ознаками активної кровотечі — 1,4%; нормальна ендоскопічна картина тонкої і клубової кишки — 9,6%; хвороба Крона тонкої і товстої кишки — 1,4%; пухлини тонкої кишки — 2,8%; хронічний ентерит з атрофією ворсинок — 7,6%; целіакія — 0,50%; поліпи тонкого кишківника — 3,80%; хронічний ентерит без атрофії ворсинок — 17,7%; хвороба Крона тонкої кишки — 18,9%; виразки голлоїдні і клубової кишки — 4,7%; кишкова кровотеча без чіткого джерела локалізації — 0,5%; лімфоїдна гіперплазія клубової кишки — 3,3%; судинна мальформація тонкої кишки — 6,8%; метастази в тонкій кишківник — 0,3%.

ДБЕ була проведена за допомогою трансорального доступу (2 пацієнтів), трансанального доступу (2 пацієнтів). Середній вік склав 41 (діапазон 29–53) років, 2 чоловіків, 2 жінок. Загальна діагностична цінність склала 75 відсотків (3 пацієнтів). Час проведення антеградної ДБЕ був $90,1 \pm 20,1$ хвилини і ретроградної ДБЕ $120,0 \pm 11,0$ хвилини. Результати ВКЕ корелювали з результатами ДБЕ в 75% пацієнтів. У 2 пацієнтів було виявлено хворобу Крона, у 1 пацієнта — поліп тонкої кишки. Ніяких ускладнень не було.

Висновки. Капсульна ендоскопія і двобалонна ентероскопія є взаємодоповнюючими процедурами. Капсульну ендоскопію слід виконувати в першу чергу, щоб визначити показання та доступ для двобалонної ентероскопії. Якщо капсульна ендоскопія негативна, двобалонна ентероскопія повинна виконуватися тільки у пацієнтів з високою вірогідністю захворювання тонкого кишківника.

ВИПАДОК ПЕРВИННОГО РАКУ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Патій А.Р., Шаваров Ю.І.

Миколаївська центральна районна лікарня, Львівська область, Львівська обласна клінічна лікарня

Первинні злоякісні пухлини дванадцятипалої кишки трапляються дуже рідко — 0,3% від усіх злоякісних новоутворів травного каналу. Водночас навіть при обстеженні хворих з підозрою на злоякісні пухлини, у лікарів недостатня настороженість і мотивація до докладного обстеження постбульбарного відділу дванадцятипалої кишки дистальніше від футерова сосочка.

Клінічний випадок. Пацієнтка Л., 43 р., була скерована 08.03.2013 р. в ендоскопічний кабінет Миколаївської КЦРЛ із скаргами на біль в правому підребер'ї, відсутність апетиту, схуднення, з наявністю анемії (гемоглобін 88 г/л). Спадковий анамнез не обтяжений. При ЕГДС у хворої виявлено екзофітну пухлину в нижньогоризонтальній частині з чіткою демаркацією (третья частина) дванадцятипалої кишки розміром до 6 см (рис. 1.). Взято біопсію. Гістологічний висновок: помірно диференційована аденокарцинома. Комп'ютерна томографія черевної порожнини: метастазів та інвазії пухлини за межі дванадцятипалої кишки не виявлено. Через тиждень після встановлення гістологічного діагнозу хвора була оперована в Львівській ОКЛ. Операція — панкреатодуоденальна резекція. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Спостерігається протягом 3 років після операції. Рецидиву раку не виявлено.

Висновки. Даний випадок ілюструє необхідність дотримання стандартів виконання ЕГДС, а саме — повного огляду дванадцятипалої кишки, а також доцільність і ефективність радикального оперативного лікування первинного раку дванадцятипалої кишки.

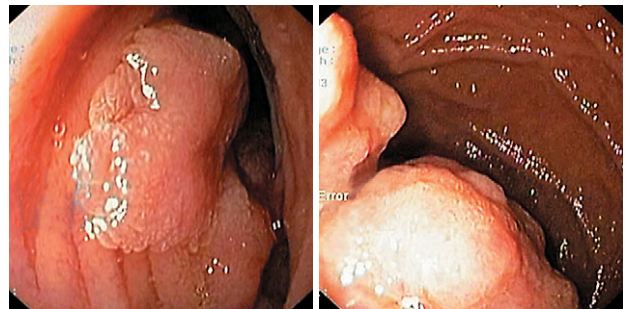


Рис. 1. Ендосфото. Екзофітна пухлина дванадцятипалої кишки