

ЕЛЕМЕНТИ СУГЕСТІВІ В ЕНДОСКОПІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Демчук С.С., Дорожницький Ю.А., Коваль В.М., Цмок С.В., Ткачук М., Попик С.В.
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. Пирогова М.І., м. Вінниця, Україна

Вступ. Пошук методів оптимізації проведення ендоскопічних досліджень, зокрема фіброзофагогастроуденоскопії, залишається актуальним і в теперішній час. Не дивлячись на значний науково-технічний прогрес — відео-ендоскопія, *NBI*-технології, сонографія та інше, виконання процедури фіброзофагогастроуденоскопії залишається на рівні часів Гіршовіца.

Пропоноване використання методів місцевої анестезії в більшості випадків не забезпечує адекватного проведення ЕГДС. Це особливо нагальне при виконанні етапу введення зонда через глотку в стравохід. Як правило, при цьому хворі відчувають дискомфорт — погано дихають, зривають, стають збуджені, що інколи унеможливило виконання цього важливого дослідження. Особливої уваги та ретельності в цій плані вимагають пацієнти з психічними розладами — шизофреніки, параноїки, епілептики, неврівноважені. Хоча за сьогоденніми рекомендаціями проведення планової ЕГДС у таких пацієнтів протипоказане, на практиці, практично у всіх випадках, ми цього не дотримуємося і виконуємо ЕГДС.

Сугестія — (навіювання, гіпноз) метод психотерапевтичного впливу на свідомість людини, як правило, вербально-словесного характеру, широко впроваджена в різних галузях медицини — психіатрії, неврології, терапії, дерматології та інших.

Мета роботи: визначити можливість використання вербального методу навіювання і його ефективність для оптимізації проведення у пацієнтів ЕГДС, як у психічно здорових осіб, так і у людей з психічними розладами.

Матеріал та методи. Дослідження проводились у пацієнтів ендоскопічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. Пирогова М. І. за період з 2013 по 2016 роки, як у психічно здорових, так і з психічними розладами осіб. Направлення на обстеження видавалося лікувальними закладами області. Методами дослідження були: традиційна ЕГДС з використанням апарату фірми *FUJINON FG-1Z*, майже у всіх випадках без місцевої анестезії та загального знечудення. Також використовувався при підготовці до дослідження метод раціональної психотерапії та метод вербального навіювання (гіпнозу) у вигляді окремих особливих формул словесної сугестії.

Результат. Ми використовуємо метод вербального впливу на пацієнтів при проведенні фіброендоскопічних досліджень, зокрема фіброзофагогастроуденоскопії. Як не дивно, але найбільш яскравий сугестивний ефект відмічається у пацієнтів із психічними розладами. Це допомогло практично у всіх випадках провести адекватну повноцінну ЕГДС.

Використовуємо у своїй практиці два типи психологічного впливу на пацієнтів: раціональну психотерапію та вербальне навіювання (гіпнозу).

Перше включало в себе психологічну підготовку до дослідження пацієнта. Зокрема, останньому пояснюємо як пацієнт повинен лежати на столі — на лівій боці з нахилом

тулуба в бік живота, як пацієнт повинен дихати — через рот, що пацієнт при цьому може зривувати та кашляти і, щоб він цього не боявся. Також оголошується приблизна тривалість процедури (1–1,5 хвилини). Як правило, така психологічна підготовка заспокоює пацієнтів і вони погоджуються на проведення процедури ЕГДС.

Другим видом психологічного впливу, який ми використовуємо є вербальне (словесне) навіювання (гіпноз). Суть його в тім, що перед самим введенням фіброскопа пацієнту дають словесну установку про те, що зараз йому ми введемо зонд через рот. При цьому пацієнт його не буде відчувати, зонд пройде в шлунок і ми його оглянемо. Ще раз акцентуємо, що головне при цьому, щоб пацієнт дихав через рот і слухав голос лікаря.

Остання фраза, так званий рапорт, обов'язкова, вона дає змогу пацієнту залишатися в контакті з оператором-ендоскопістом.

Загалом формула вербального навіювання в таких випадках звучить приблизно так: «Зараз я введу вам в шлунок спеціальний зонд, який проведе через рот, глотку і стравохід, при цьому ви відчувати його не будете. Останні два слова акцентуються, — «при цьому головне завдання дихати через рот, не боятися і слухати мій голос». Як правило, таке словесне навіювання допомагає з меншим ризиком та вегетативно-емоційними проявами провести зонд в стравохід і відповідно шлунок та 12-ту палу кишки. Під час процедури обов'язковий словесний контакт лікаря — ендоскопіста з пацієнтом у вигляді фраз: «Не бійтеся, дихайте, до кінця процедури залишилось 20... 10... 5 секунд».

Наш досвід сугестивного навіювання у пацієнтів що підлягають фіброзофагогастроуденоскопії, як у психічно здорових, так і з психічними розладами, показує його значну ефективність в оптимізації проведення цього дослідження, особливо на першому етапі введення зонда через глотку в стравохід. Як не дивно, але він більш ефективний у пацієнтів з психогенними розладами.

Так за 2013–2016 роки нами проведено біля 5000 ЕГДС пацієнтам чоловічої — 3072 особи та жіночої — 1928 особи статей, віком від 18 до 87 років. Серед них було 96 пацієнтів із психічними розладами, приблизно рівних за статевим поділом, віком від 25 до 72 років (шизофренія — 52, параноїдальні розлади — 12, епілептики — 8, неврівноважені — 24).

У всіх них успішно проведена планова ЕГДС без залучення інших методів, зокрема, загального знечудення. Виявлено деякі ускладнення сугестивного впливу, зокрема, ми відмітили у шести випадках потрапляння гастрокопа замість стравохода в гортань і трахею, практично була виконана трахеобронхоскопія без анестезії.

Висновки. Таким чином, наші дослідження вказують на те, що використання вербальних методів сугестії в ендоскопії сприяє оптимізації проведення стандартної ЕГДС у пацієнтів, особливо виразний ефект цього впливу у пацієнтів з психічними розладами.

МЕТОДИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ТУБУЛЯРНИМ СТЕНОЗОМ ТА "ВАЖКИМИ" КАМЕНЯМИ ХОЛЕДОХА

Дзвонковський Т.М., Дзвонковська В.В.

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Вступ. Холедохолітиаз, як одне з найчастіших ускладнень перебігу жовчечочної хвороби, незважаючи на розвиток і впровадження сучасних малоінвазивних ендоскопічних методів, залишається і на сьогоднішній день не завжди легко вирішуваною проблемою. У більшості випадків причиною цьому є тубулярний стеноз жовчачого протоку різної протяжності та ступеня вираженості і так звані «важкі» камені жовчачого протоку. Тубулярний стеноз як правило зумовлений набряком та щільністю паренхіми підшлункової залози та неопущенням каменя в дистальний жовчачий проток. «Важкими» каменями жовчачого протоку вважаються випадки, коли розміри каменя суттєво перевищують діаметр дистальної частини жовчачого протоку.

Мета роботи: вивчити та покращити ендоскопічні методи лікування холедохолітиазу у пацієнтів з тубулярним стенозом жовчачого протоку та «важкими» каменями жовчачого протоку.

Матеріал і методи. За період 2013–2015 рр. у відділенні малоінвазивної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні лікувалося 27 пацієнтів з тубулярним стенозом жовчачого протоку та 49 — з «важкими» каменями жовчачого протоку. Вік пацієнтів від 33 до 78 років, переважали жінки (76%). У більшості пацієнтів (68%) раніше була проведена холецистектомія. Ендоскопічне втручання, а саме ЕРХПГ, папілотомії, балонну дилатацію, літоекстракцію з чи без літотрипсії, проводили в перші 12–48 год. після госпіталізації. Всі втручання проводилися в спеціально обладнаній рентгеноопераційній під загальним знечуденням.

Для дилатації стенозованої зони жовчачого протоку використовували балони фірми *Cook* та *Boston Scientific* діаметром 10, 15 чи 18 мм. під контролем відповідного тиску в балоні. В окремих випадках для усунення холангіту та декомпресії жовчачих шляхів тимчасово встановлювали біларійні, пластиківий стент.

Результати. Із 27 пацієнтів з тубулярним стенозом, обумовленим копресією в інтрапанкреатичній частині, у 10 камені видалено після дозованої дилатації, з них у 3 після літотрипсії. У решті 17 пацієнтів при дистальному стенозі, зумовленому неопущенням каменя, проводилися по чергово 2–3 сесії балонної дилатації з градієнтною тиску від 1,5 до 3,5 атм. та максимального діаметра балону до 15 мм. При цьому у 3 випадках виникла кровотеча, яку зупинили консервативно. З них в 1 випадку наступила ретроградна перфорация. Пацієнт в першу добу був оперований, випишаний з одужанням.

У 49 пацієнтів з «важкими» каменями жовчачого протоку розміри їх були від 7–8 мм до 20–22 мм, що вимагало диференційованого підходу до літоекстракції. Так у 27 пацієнтів з каменями 7–8 мм був термінальний стеноз жовчачого протоку до 3 мм. Після дозованої дилатації (т.з. тренування жовчачого протоку — тиск в балоні від 1,5 до 2,5 атм., експозиція 30–60 сек.) камені успішно видалено. У решті 22 пацієнтів мали місце крупні камені до 20–22 мм, без стенозу жовчачого протоку. З них у 17 після широкі папілотомії, була проведена балонна дилатація та поетапна успішна літотрипсія з літоекстракцією коштом Dormia або балонним літоекстрактором. У 3 випадках встановили біларійний стент і ч/з 3–5 днів успішно видали камені. Тільки в 2 пацієнтів літоекстракція була безуспішною, проведена лапаротомія та успішна холедохолітомія. Ускладнення виникли у 4 пацієнтів — у 2 гострий панкреатит, який купували консервативно. Ще у 2 виникла активна кровотеча, яку зупинили ендоскопічно та консервативно.

Висновки. Поєднання різних методів ендоскопічного лікування холедохолітиазу, у пацієнтів з тубулярним стенозом та «важкими» каменями жовчачого протоку дає можливість у 96% випадків провести безпечно та успішно лікування цих пацієнтів.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МИНИЛАПАРΟΣКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Капшитарь А. В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Введение. Алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) у пациентов с острой хирургической абдоминальной патологией является фактором, влияющим на технику выполнения лапароскопии. Признание эффективности лапароскопической диагностики, авторы отмечают технические трудности выполнения исследования на всех этапах. Наиболее опасным и ответственным является введение первого троакара в брюшную полость.

Цель исследования: изучить причины неудач введения первого троакара в брюшную полость у пациентов с АКО и разработать способ их преодоления для эффективного выполнения лапароскопии.

Материал и методы. Результаты наших многолетних лапароскопических исследований показали, что процесс введения первого троакара в брюшную полость у пациентов с АКО тактильно более сложный, что нередко ведёт к попаданию его в чрезмерно развитый большой сальник, находящийся у малоподатливой передней брюшной стенке. Более длинный раневой канал усугубляет ситуацию и в дальнейшем ведёт к ограничению смещаемости под углом гильзы троакара с оптической трубкой. Неудачи при введении первого троакара были связаны не только со значительной толщиной подкожно-жировой клетчатки, но и других морфологических структур брюшной стенки.