

Загальна діагностична цінність ДБЕ складала 82,3% (14 пацієнтів). Результати ВКЕ корелювали з результатами ДБЕ в 76,4% (13 пацієнтів). У 6 пацієнтів було виявлено хворобу Крона, у 1 — лейоміому, у 3 пацієнтів, які обстежувалися з приводу підозри на підслизове утворення діагноз не підтвердився, у 2 пацієнтів підтверджено целіакію, у 1 — ліпому, ще у 1 випадку — аденоматозний поліп, у 2 випадках — геморагічну ентеропатію, пацієнтці з синдромом Лейтца-Егерса виконано ендоскопічну поліпектомію. З нетяжких ускладнень можна відмітити біль у горлі після тривалості процедури

більше 120 хв у 2 пацієнтів. Тяжких ускладнень не було.

**Висновки.** КЕ та ДБЕ мають співставну діагностичну цінність при хворобах тонкої кишки, в тому числі при шлунково-кишкових кровотечах неясної етіології. КЕ повинна бути стартовою діагностичною методикою через її неінвазивність, добру переносимість, можливість оглядати всю тонку кишку. Через терапевтичні можливості ДБЕ може бути показано пацієнтам з позитивним результатом КЕ, що вимагає біопсії або терапевтичного втручання.

## ГЕТЕРОТОПИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

Симонова Е.В.

ГУ «Інститут гастроентерології НАМН України», г.Дніпропетровськ, Україна

Гетеротопія — атипична локалізація тканин или частей органов, т.е. наличие их на необычном для них месте. Гетеротопированная слизистая оболочка желудка может встречаться в любом отделе желудочно-кишечного тракта. Состояние, при котором она локализуется в двенадцатиперстной кишке (ДПК) называется «гетеротопия слизистой оболочки желудка в ДПК» (ГСОЖ).

ГСОЖ в ДПК классифицируется как врожденное доброкачественное состояние, встречающееся с частотой 0,5 — 2% в общей популяции, чаще — у женщин, и, согласно последним данным, может быть обусловлено генной мутацией.

Основными методами диагностики являются эндоскопическое и гистологическое исследования.

При эндоскопии ГСОЖ выявляется в виде нодулярных (узловатых), приподнятых, образований от 2 до 10 мм диаметром, расположенных группами, покрытых гиперемированной слизистый. Очаги слизистой оболочки желудка, как правило, локализируются в проксимальном отделе ДПК, сразу за привратником, чаще на передней стенке. При осмотре очагов эктопии в режиме NBI четко определяются признаки слизистой оболочки тела желудка с рисунком капиллярной субинтимальной сети в виде «пчелиных сот», с округлыми или овальными ямками.

При гистологическом исследовании в биоптатах выявляют слизистую оболочку желудка фундального типа с наличием главных, париетальных и слизистых клеток, в ряде случаев инфицированную *Helicobacter pylori* (Hр).

Врожденный тип желудочной гетеротопии зачастую сочетается с эрозиями и язвами, с возможным кровотечением. Возникновение язв, вероятно, обусловлено продукцией соляной кислоты и пепсина. В литературе описаны единичные случаи возникновения аденомы из участков ГСОЖ.

Чаще данная патология является асимптоматичной и выявляется случайно. При наличии симптомов, характерных для кислотозависимой патологии, назначают ингибиторы протонной помпы (ИПП).

Прогноз, как правило, благоприятный. По данным ряда исследователей, эрадикация Hр может приводить к регрессии очагов ГСОЖ.

Собственные результаты. ГСОЖ была выявлена у 5 пациентов с различной гастроэнтерологической патологией, из них 3 женщины, 2 мужчины, в возрасте 28—56 лет.



Рис. 1

Очаги гетеротопии слизистой оболочки желудка в луковице ДПК. Осмотр в белом свете.

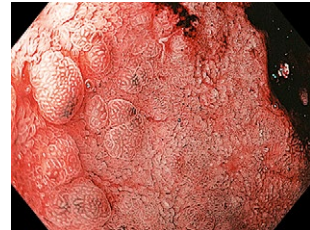


Рис. 2

Очаги гетеротопии слизистой оболочки желудка в луковице ДПК. Осмотр в NBI режиме.

У 3 больных очаги эктопии локализовались на передней стенке, у 2 — распространялись на заднюю стенку. В 2 случаях ГСОЖ сочеталась с эрозивными изменениями в луковице ДПК, в 1 — с язвой луковицы ДПК.

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

**Выводы.** ГСОЖ в луковице ДПК в целом не является серьезной клинической проблемой и не имеет злокачественного потенциала, но эндоскопические проявления в сочетании с язвообразованием и некротом могут имитировать малигнизацию. Поэтому гистопатологическое исследование биоптата является достаточно важным. Согласно данным исследователей данная патология не требует хирургического и эндоскопического лечения, но нуждается в эндоскопическом наблюдении.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Скумс А.В., Гулько О.Н., Кондратюк В.А., Симонов О.М., Сердюк В.П., Ганжа В.А., Цубера Б.И.

Национальный Институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова НАМН України, г.Киев, Україна

**Введение.** Способность гормонально-активных опухолей надпочечников, а особенно хроматофильных, синтезировать стрессовые гормоны, накапливать и выделять их в сосудистое русло в огромном количестве (в течение операции концентрация в крови катехоламинов может в сотни раз превышать нормальные значения) приводит к гемодинамическим нарушениям, фатально опасным для жизни пациента. Это обстоятельство диктует поиск новых подходов к решению этой важной проблемы.

**Целью** нашего исследования было изучение результатов лечения пациентов с заболеваниями надпочечников, которым выполнена адреналэктомия (в открытом или лапароскопическом варианте) после предварительной эмболизации артериального русла и коагуляции центральной вены пораженного надпочечника.

**Материалы и методы.** В период 2015—2016 гг. в отделе хирургии сочетанной патологии и заболеваний брюшного пространства Национального Института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова было выполнено 14 лапароскопических адреналэктомий при различных заболеваниях надпочечников. В исследованной группе было 6 (42,8%) мужчин и 8 (57,2%) женщин в возрасте 41,4 (34—63) лет со следующей патологией надпочечников: феохромоцитомы — 10 (71,4%), альдостеромы — 1 (7,1%), адренокортикальный рак — 2 (14,3%), кортикостеромы — 1 (7,1%). Правосторонняя локализация была у 8 (57,1%) пациентов, левосторонняя — у 6 (42,9%) пациентов. Средний размер опухолевого поражения составил 4,8 (3—8) см.

Всем пациентам первым этапом выполнялась рентгенэндоваскулярная коагуляция центральной вены, а в 6 случаях и селективная эмболизация артерий надпочечников.

Для этого катетеры проводили через бедренную артерию и вену под контролем рентгеновского аппарата. После артериографии, последовательно катетеризировали аорту, почечную, диафрагмальную артерии и последовательно селективно эмболизировали артерии, кровоснабжающие пораженный надпочечник. После выполнения диагностической флебографии металлический проводник Сельдингера вводили в просвет центральной вены на всю ее длину. Проводник выполнял роль моноактивного электрода. Дистальный конец его присоединяли к электрохирургическому аппарату. Электрокоагуляцию проводили с помощью тока высокой частоты в течение 2—3 секунд при силе тока 4—5 А. Венозная стенка бедренной, нижней полой и почечной вен защищена от воздействия электрического тока катетером, который выполняет роль изолятора.

Все пациенты были прооперированы на следующие сутки. **Результаты.** Осложнений во время проведения рентгенэндоваскулярного этапа мы не наблюдали. Через 5—6 минут после электрокоагуляции, проводилась контрольная флебография, на которой мы констатировали полную окклюзию вены.

Все операции закончились лапароскопически. Во время проведения операций каких-либо гемодинамических нарушений не наблюдали. Конверсии не было. Кровопотеря минимальная. Гемотрансфузии не производились. Неспецифических осложнений в послеоперационном периоде не было.

**Выводы.** Мультидисциплинарный подход в лечении опухолей надпочечных желез позволяет минимизировать осложнения при выполнении операций на надпочечниках и сделать оперативное лечение более безопасным.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МІНІ-ШУНТУВАННЯ ШЛУНКУ

Тивончук О.С., Кондратенко Б.М., Згонник А.Ю., Москаленко В.В.

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

**Вступ.** Наведено перший досвід застосування міні-шунтування шлунка (МШШ) в Україні. Операція міні-шунтування шлунка, розроблена доктором R. Rutledge (США, 1997), яка вважається короткою і відносно простою баріатричною операцією, має низький ризик і дає добрі результати, як у близькі, так і в віддалені терміни. Міні-шунтування шлунка є комбінованою баріатричною процедурою, що включає гастрорестриктивну і малоабсорбтивну процедури.

**Матеріали та методи.** У відділі хірургії шлунково-кишкового тракту НХТ з жовтня 2013 р. по грудень 2015 р. МШШ лапароскопічним доступом виконано 17 пацієнтам з морбідним ожирінням (6 чоловікам та 11 жінкам), середній вік яких становив 42,6±7,6 року, середній індекс маси тіла — 44,3±3,8 кг/м<sup>2</sup>.

**Спосіб операції.** На межі тіла й антрального відділу шлунку пересікається степлером під прямим кутом до малої кривини, потім, на зонді 28—40 Fg, за допомогою лінійних степлерів, розділюється в проксимальному напрямку, паралельно малій кривині, та завершується латеральніше від кута Гіса. Після ретракції великого сальника ідентифікується зв'язка Трейца, від якої на відстані 200 см анастомозується дистальний кінець сформованого малого шлункового резервуара з тонкою кишкою кінцем у бік. Лапароскопічне МШШ виконували доступом з 5 троакарів, та за допомогою лінійного ендостеплера (Covidien EndoGIA, 45 мм) формували гастроєзоноанастомоз на відстані 200 см від зв'язки Трейца, передня стінка шивалася вручну дворярним швом (Ti-cron 2/0 і 3/0) з обов'язковим виконанням проби на герметичність анастомозу.

**Результати та обговорення.** Середня тривалість лапароскопічної операції становила  $229,5 \pm 73,4$  хв, середній післяопераційний ліжко-день дорівнював  $4,5 \pm 3,1$  доби. Інтра- та ранніх післяопераційних ускладнень ми не спостерігали. Рідину дозволяли приймати через рот на 1–2 добу, а харчування рідкою і напіврідкою їжею — з 2–3 доби. Усім пацієнтам при виписуванні зі стаціонару призначали стандартне лікування у вигляді інгібіторів протонної помпи, полівітамінів, препаратів кальцію та заліза. У всіх пацієнтів, обстежених після МШШ у термін 1–6 міс. після операції, втрата маси тіла сягала 11–16 кг за місяць,

показник EWL за 6 міс. — 63%. Відмічалось суттєве покращання перебігу супровідної патології. Жовчний рефлюкс, що звичайно проявляється як блювання жовчю, або виявлення жовчі у шлунку під час ЕГДС, спостерігався в однієї пацієнтки у ранні строки після операції, куповано консервативними методами. Ускладнень, таких як виразки шлунка, а також інших тяжких післяопераційних ускладнень, ми не спостерігали.

**Висновки.** Міні-шунтування шлунка ефективна та безпечна баріатрична операція, яка призводить до стійкої адекватної втрати надмірної маси тіла.

## ЛАПАРОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ПОЛІПІВ ШЛУНКА І ТОВСТОЇ КИШКИ

Тивончук О.С., Згонник А.Ю.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України, м. Київ, Україна

**Вступ.** Стандартне лікування доброякісних поліпів шлунка і ободової кишки — це фіброендоскопічна резекція за допомогою діатермічної петлі. Великі поліпи також можуть бути видалені ендоскопічно, якщо є адекватна візуалізація ніжки.

Через розташування в складному місці або через розмір деякі поліпи неможливо видалити за допомогою гнучкого ендоскопа, і потребують видалення хірургічним шляхом. Розвиток лапароскопічної хірургії сприяв застосуванню цього підходу до видалення видалення поліпів. Залежно від форми поліпа, його розміру і розташування, лапароскопічне видалення може бути виконано через гостро- або колотомію, з частковою резекцією стінки (великі поліпи, що стеляться) або онкологічну резекцію у разі підозри на рак.

**Матеріали та методи.** З 2013 по 2016 у відділі хірургії шлункового тракту виконано 35 лапароскопічних втручань на шлунку і товстій кишці з передопераційної діагнозом «доброякісних» новоутворень, які були неоперабельними ендоскопічно. 30 пацієнтам було діагностовано аденоматозні поліпи під час біопсії, у 5 пацієнтів біопсію проводили після лапароскопічного видалення, у яких ендоскопічне взяття біопсії було неможливе або через незручне розташування або через загрозу кровотечі. Основною причиною для направлення в хірургію були неможливість ендоскопічного видалення через великий розмір поліпа, та коротка і широка основа поліпа.

Використовували лапароскопічний доступ з 3 троакарів. В одному випадку використовували додатковий четвертий троакар. Інтраопераційну ендоскопію для локалізації

поліпа використовували в 60% випадків, коли лапароскопічно «пропальпувати» поліп не вдалося. Гастротомію чи повздожню колотомію «по тені» виконували за допомогою УЗ-скальпеля або коагуляційного гачка. Ніжку поліпа пересікали апаратом *EndoGIA*. Гостро- або колотомічний отвір шивався двошарним швом.

**Результати.** Усім 35 пацієнтам операція виконана лапароскопічно без переходу на конверсію. Місцем розташування кишкових поліпів була сигмовидна кишка (на 25–35 см) і ректосигмоїдний відділ (17 см), в шлунку — тіло шлунка і антральний відділ. Післяопераційна біопсія в 34 випадках була доброякісною, в одному випадку на післяопераційній біопсії були виявлені рак на верхівці поліпа, без ураження ніжки. Діапазон розмірів видалених аденоматозних поліпів варіював від 1,5 см до 6,5 см. Ширина ніжки поліпа складала від 2,5 до 3,5 см. Середнє післяопераційне перебування в стаціонарі було п'ять днів (3–9 днів). Ніяких серйозних ускладнень не відмічали. В одному випадку була діагностована інфекція троакарної рани. У двох з 35 пацієнтів при подальшому ендоскопічному спостереженні через 6–12 місяців було виявлено доброякісні аденоматозні поліпи розмірами 5–12 мм в різних відділах товстої кишки і були видалені колоноскопічно.

**Висновки.** Поліп, який не може бути видалений ендоскопічно (через його розмір і розташування) можливо успішно видалити за допомогою лапароскопічної хірургії.

## МЕТОДИКА УСОВЕРШЕНСТВОВАНОЇ ЕНДОСКОПІЧЕСКОЇ ПОЛИПЕКТОМІЇ

Узун С.А., Диордица И.Н., Ильяшенко В.В.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

**Введення.** Эндоскопическое выявление и последующее удаление полипов является эффективным методом профилактики развития колоректального рака. В настоящее время признана социальная важность скрининговой колоноскопии и полипектомии. В тоже время стандартные методы полипектомии сопровождаются серьезными осложнениями у 5–15% пациентов.

**Цель работы:** усовершенствовать методику полипектомии и уменьшить количество осложнений в виде кровотечений.

**Материал и методы.** За период с 2014 по 2015 года на базе Одесской областной клинической больницы в Б-Днестровской ЦРБ было выполнено 93 полипектомии. Из них у 59 мужчин и у 44 женщин. Средний возраст пациентов 65 лет. Преимущественно полипы располагались в верхнеампулярном отделе и в сигмовидной кишке. Количество полипов было от 1 до 10, размеры полипов от 0,5 до 3 см. Гистологические диагнозы были тубуло-ворсинчатые аденомы — у 46, железистые полипы с воспалением с разной степенью дисплазии — у 29, гиперпластические полипы — у 18. Кровотечение после полипектомии может начаться непосредственно после отсечения полипа или в отсроченные сроки. Кровотечения, возникающие сразу после отсечения полипа, обусловлены недостаточным гемостазом. Причина недостаточного гемостаза — механическое быстрое пересечение ножки полипа или пересечение ножки режущим током.

Наша методика удаления полипов заключалась в том, что в основание полипа предварительно вводили р-р 10% метиленового синего. После удаления полипа над местом инъекции осматривали раневую поверхность и крупных подслизистых сосудов, которые хорошо дифференцируются на фоне окрашенных тканей, проводили дополнительную коагуляцию или клипирование видимого сосуда.

Пациенты были распределены на две группы. 1 группа состояла из 38 пациентов, им выполнялась стандартная полипектомия. Во 2 группе 40 пациентов выполнялась полипектомия по разработанной нами методике.

**Результаты.** В первой группе пациентов кровотечение после полипектомии возникло у 2 пациентов. У одного пациента 67 лет с полипом сигмовидной кишки кровотечение возникло через 8 часов после полипектомии. Кровотечение остановили при помощи дополнительной коагуляции после введения раствора адреналина. У второго пациента кровотечение возникло через сутки после удаления тубулярно-ворсинчатой аденомы верхнеампулярного отдела прямой кишки. Кровотечение остановили методом клипирования кровоточащего сосуда на дне дефекта слизистой. У пациентов второй группы ни в одном случае не наблюдалось кровотечения после полипектомии.

**Выводы.** Эндоскопическая полипектомия является эффективным и радикальным методом профилактики колоректального рака. Методика с применением красителя при полипектомии является профилактикой после операционных кровотечений.

## ВИДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ

### ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ СОД ТА АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

Усенко О.Ю., Тивончук О.С., Дмитренко О.П., Москаленко В.В.

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

**Вступ.** Ахалазія кардії та грижа стравохідного отвору діафрагми найбільш розповсюджені доброякісні захворювання стравоходу. Доброякісні пухлини стравоходу зустрічаються рідко, частіше це лейоміоми. Остаточо не вирішені питання вибору хірургічного доступу та ряду технічних моментів при виконанні операцій на стравоході. Питання профілактики виникнення ускладнень та розвитку рецидиву захворювання і до теперішнього часу залишається актуальним.

**Мета роботи:** вивчення результатів хірургічного лікування пацієнтів на доброякісні захворювання стравоходу.

**Матеріали і методи.** У відділі хірургії шлунково-кишкового тракту НІХТ ім. О.О. Шалімова НАМН України з 2001 по 2016 р. лапароскопічні оперативні втручання на кардіо-езофагеальній зоні виконані 328 пацієнтам. Лапароскопічна езофагокардіоміотомія і фундоплікація (ЛЕКМТФ) виконана 188 пацієнтам на АК; лапароскопічна фундоплікація і крурорафія (ЛФ) — 167 пацієнтам з ГСОД. 13 пацієнтам з рецидивами ГСОД виконані різні способи лапароскопічної рефундоплікації, серед них 8 пацієнтів, що раніше прооперовані в інших лікувальних закладах країни.

Жінок було 187, чоловіків 141, середній вік склав  $49,4 \pm 11,8$  (від 18 до 73) р. II тип ахалазії кардії (S-подібний стравохід) спостерігали у 9 (4,7%) пацієнтів. 68% пацієнтів мали в анамнезі пневмокардіоділяції/введення бутулотоксину. Серед пацієнтів оперованих вперше діагноз аксіальна ГПОД (type I) встановлено 67 (42,7%); параезофагеальна ГСОД (type II) — 49 (31,5%); змішана грижа з укороченням стравоходу (type III) — 35 (22,5%);

type IV — 5 (3,4%) пацієнтам. ЛФ по *Nissen* виконана 55 пацієнтам, за *Nissen-Rossetti* — у 7, по *Toupet* — 29; по *Nissen-Donahue* (позавагуна) — 10. Крурорафія була виконана 92%, у 9 (4,45%) пацієнтів було використано сітчастий протез *Proceed*. Показани до повторних операцій були: дисфагія у 3, рецидив GERX у 4, загрудинний біль у 2 пацієнтів.

**Результати.** Термін спостереження від 1 до 15 років. Летальних випадків не було, 2 конверсії у пацієнтів на АК, у 2 пацієнтів на ГСОД. Відмінні та добрі результати після ЛЕКМТФ отримані у 183 (97,3%) пацієнтів. Спостерігались інтраопераційні ускладнення: пневмомедіастинум у 3 (0,9%), лівобічний пневмоторакс — у 1 (0,3%), перфорація слизової оболонки у 4 (1,2%) пацієнтів. Видалені ускладнення: рецидив ахалазії — 3 (0,9%), рефлюкс-езофагіт — 1 (0,5%).

Відмінні та добрі результати після ЛФ у 148 (94,4%) пацієнтів. Інтраопераційні ускладнення мали місце у 10 (3%) пацієнтів: у 5 (1,5%) — пневмомедіастинум, у 3 (0,9%) — пневмоторакс, у 1 (0,3%) — кровотеча з короткої судини шлунка, у 1 (0,3%) — травматичне пошкодження печінки. У 5 (1,5%) пацієнтів впродовж 6 місяців спостереження періодично з'являлась дисфагія I ступеня, але не впливало на якість життя і не потребувало корекції.

**Висновки.** Прецизійність лапароскопічного доступу дозволяє отримати відмінні та добрі результати більш ніж у 90% пацієнтів. Лапароскопічні міотомія і фундоплікація — є операціями вибору в хірургічному лікуванні пацієнтів на ахалазію кардії та грижу стравохідного отвору діафрагми відповідно.