

pH-метрії стравоходу у хворих з неускладненою ГЕРХ склала 92–96%.

3) Рентгенографія (- скопія) із суспензією сульфату барію – проводили для уточнення анатомічних особливостей. Може бути особливо цінною у пацієнтів із ГСОД із супутнім вкороченим стравоходом. Диференціювали ковзні, параезофагеальні і змішані грижі, фіксовані і нефіксовані, стравохідно-кардіальні, фундальні, субтотально- й тотально-шлункові, кишкові, сальникові. У ході дослідження визначали форму і діаметр стравоходу, зміни стінок, анатомію НСС, положення кардії по відношенню до діафрагми, час пасажу контрастної речовини по стравоході, амплітуду первинної перистальтики і % спастичних скорочень стравоходу. Вивчали дослідження випорожнення шлунка, однак немає даних, котрі би підтвердили кореляцію між їх результатами і післяопераційним прогнозом [13]. Разом з тим, згадане дослідження може бути важливим в осіб, що потребують повторного втручання, оскільки воно забезпечує непрямі докази ураження блукаючого нерва при першій операції.

3) Манометрія стравоходу – проводиться перед втручанням і відстоюється багатьма експертами, оскільки з його допомогою можливо ідентифікувати стани, котрі є протипозазаннями до фундоплекції (напр., ахалазії) і модифікувати тип останньої, відштовхуючись від мобільності стравоходу [14].

4) Перспективним методом діагностики ГЕРХ є стравохідна імпедансметрія, заснована на дослідженні змін електричного опору інтралюмінального вмісту стравоходу, що дозволяє реєструвати епізоди рефлюксу незалежно від pH рефлюксату [3].

Висновки

1. Чутливість і специфічність 24-годинної pH-метрії стравоходу у хворих з неускладненою ГЕРХ склала 92–96%.

2. Рентгенологічне обстеження стравоходу дало можливість визначити тип грижі стравохідного отвору діафрагми, перистальтику стравоходу, частоту рефлюксу у 95,7% обстежених.

3. Відеоендоскопія (HDTV) відіграє важливу роль не тільки в діагностиці ГЕРХ та ГСОД, а й у верифікації їх ускладнень.

4. Перспективним методом діагностики ГЕРХ є стравохідна імпедансметрія

Література

1. Грубник В.В. Особенности диагностики и лечения воспалительно-дегенеративных заболеваний пищевода /В.В. Грубник, Ю.А. Мельниченко, А.В. Малиновський. – Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2006. – №3(10). – С.26-27
2. Фомин П.Д. Неопухольевые заболевания пищевода /П.Д. Фомин, В.В. Грубник, В.И. Никишаев, А.В. Малиновский. – Киев, «Бизнес-интеллект», 2008. – 304 с.
3. Castell D O, Vela M (2001) Combined multichannel intraluminal impedance and pH-metry: an evolving technique to measure type and proximal extent of gastroesophageal reflux. Am J Med 111 Suppl 8A:157S-159S.
4. DeMeester TR, Johnson LS, Joseph GJ, Toscano MS (1976) Patterns of gastroesophageal reflux in health and disease. Ann Surg 184:459-470.
5. Dimitrios Stefanidis, MD, PhD; William W. Hope, MD; Geoffrey P. Kohn, MD; Patrick R. Reardon, MD; William S. Richardson, MD; Robert D. Fanelli, MD, and the SAGES Guidelines Committee. Practice/Clinical

Guidelines published on: 02/2010; SAGES publication.

6. Gunnarsdottir A, Stenstrom P, Ambjornsson E (2007) 48-hour wireless oesophageal pH-monitoring in children: are two days better than one? Eur J Pediatr Surg 17:378-381.

7. Jamieson J R, Stein H J, DeMeester T R, Bonavina L, Schwizer W, Hinder R A, Albertucci M (1992) Ambulatory 24-h esophageal pH monitoring: normal values, optimal thresholds, specificity, sensitivity, and reproducibility. Am J Gastroenterol 87:1102-1111.

8. Kahrlas P J, Shaheen N J, Vaezi M F, Hiltz S W, Black E, Modlin I M, Johnson S P, Allen J, Brill J V (2008) American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology 135:1383-1391, 1391 e1381-1385.

9. Lenglinger J, Ringhofer C, Eisler M, Devyatko E, Cosentini E, Wrba F, Zacherl J, Riegler M. Diagnosis of gastroesophageal reflux disease (GERD). Eur Surg 2006; 38(4): 227-243.

10. Lenglinger J, Eisler M, Ringhofer C, Sedivy R, Wrba F, Zacherl J, Cosentini EP, Prager G, Haefner M, Riegler M. Video-endoscopy for evaluation of columnar lined esophagus in patients with gastroesophageal reflux disease. Eur Surg 2006;38/4: 295-303.

11. Little A G (1992) Mechanisms of action of antireflux surgery: theory and fact. World J Surg 16:320-325.

12. Lund ell L, Dent J, Bennett J, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification. Gut 1999; 45:172-80.

13. Wayman J, Myers J C, Jamieson G G (2007) Preoperative gastric emptying and patterns of reflux as predictors of outcome after laparoscopic fundoplication. Br J Surg 94:592-598.

14. Yang H, Watson D I, Kelly J, Lally C J, Myers J C, Jamieson G G (2007) Esophageal manometry and clinical outcome after laparoscopic Nissen fundoplication. J Gastrointest Surg 11:1126-1133.

Матвійчук Б.О., Гураєвський А.А., Стасишин А.Р.

Современные методы диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Резюме. Проанализированы результаты методов диагностики ГЭФБ в 162 пациентов, находившихся в клинике хирургии ФГДО течение 2005-2012 гг. Среди всех обследованных рефлюкс-эзофагит степени А был у 6 пациентов (3,7%), степень В - 102 (63,0%), степень С - 47 (29,0%), степень D - 7 (4,3%) больных по Лос-Анджелесской классификации. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы диагностировано у 155 (95,7%) больных (скользящую в 138 (89,0%), параэзофагеальные в 4 (2,6%), смешанную у 13 (8,4%) случаях). Все пациенты были прооперированы видеолaparоскопическим способом.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, методы диагностики, новейшие технологии.

Matviychuk B.O., Hurayevskyy A.A., Stasyshyn A.R.

Modern Methods of Diagnosis of Gastroesophageal Reflux Disease

Summary: Results of diagnostic methods in 162 GERD patients which treated in the Clinic of Surgery 2005– 2012. Among all patients reflux esophagitis grade A was in 6 patients (3,7%), B–102 (63,0%), C–47 (29,0%), D– 7 (4,3%) individuals as Los Angeles classification. Diaphragmal hernia was diagnosed in 155 (95,7%) patients (hiatal in 138 (89,0%), paraesophageal in 4 (2,6%), mixed in 13 (8,4%) cases). All patients were operated videolaparoscopic methods.

Keywords: gastroesophageal reflux disease, diagnostic methods, new technologies.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.354-007.271

Миценко В.В., Горячий В.В., Дехтяренко С.П., Бахарь Г.А.

Хірургічна тактика при гострій obtураційній товстокишковій непрохідності

Кафедра хірургії №1 (зав. каф. – проф. В.В.Грубник)

Одеського національного медичного університету

Резюме. Основні принципи хірургічної тактики при гострій obtураційній товстокишечній непрохідності полягають у ретельному обстеженні хворого. В алгоритм комплексного обстеження хворих повинно

входити УЗД, ФГДС, ФКС, іригоскопія, комп'ютерна томографія. Іригоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, фіброгастродуоденоскопія, лапароцентез і лапароскопія - за строгими показами.

Передопераційна підготовка має бути адекватною, інтенсивною і короткочасною з антибіотикопрофілактикою. Операціями вибору є операція типу Гартмана, правобічна геміколектомія, накладання обхідних анастомозів, формування двохствольної колостоми. Післяопераційна летальність знижена на 10,2%, кількість післяопераційних ускладнень на 7,8%.

Ключові слова: хірургічна тактика, гостра obturaційна товстокишкова непрохідність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Колоректальний рак (КРР) - одна з найактуальніших проблем онкохірургії [1,2]. У 15-20% хворих рак ободової кишки вперше діагностується при виникненні гострої obturaційної товстокишкової непрохідності (ГОТКН) [3], при якій післяопераційні гнійно-септичні ускладнення досягають 42-78%, при летальності 17-47% [1, 2, 3].

Такі хворі частіше госпіталізуються у відділення загальнохірургічного профілю. Якість надання допомоги визначає долю хворого, тому що від чітких і правильних дій хірурга залежить результат лікування [3, 4, 5].

Тактика лікування хворих з КРР, ускладненого ГОТКН, неоднозначна, основним методом лікування є термінове хірургічне втручання, спрямоване на усунення ознак ГОТКН [3, 5]. Такі операції закінчуються формуванням, тимчасової або постійної колостоми [3,4]. Операції типу Гартмана при ГОТКН є вимушеними та інвалідизуючими. Існує точка зору про необхідність виконувати одномоментну радикальну операцію з накладанням первинного анастомозу [2, 5].

У патогенезі ГОТКН важливу роль відіграє бар'єрна функція кишечника. Порушення адекватної перфузії і оксигенації в кишкової стінці вимагає застосування в ранньому післяопераційному періоді нутрієнтів для харчування ентероцитів [5]. При КРР, ускладненого ГОТКН, в 27-46% випадків спостерігаються метастази раку в печінку [4].

Мета. Розробка принципів хірургічної тактики при гострій obturaційній товстокишкової непрохідності пухлинного генезу.

Матеріал і методи дослідження

За період 2006-2011 р. у клініці кафедри хірургії №1 проходили лікування 95 хворих із гострою obturaційною товстокишковою непрохідністю пухлинного генезу. Чоловіків було 67 (70,5%), жінок – 28 (29,5%) у віці від 46 до 82 років.

В алгоритм комплексного обстеження хворих входили УЗД, ФГДС, ФКС, іригоскопія, комп'ютерна томографія. У 2 (2,1%) хворих первинна пухлина локалізувалась у сліпій кишці, у 3 (3,2%) - у висхідній, у 6 (6,3%) – у печінковому куті попереково-ободової кишки, у 2 (2,1%) - у попереково-ободовій кишці, у 3 (3,2%) – у селезінковому куті попереково-ободової кишки, у 10 (10,5%) - у нисхідній товстій кишці, у 48 (50,5%) - у сигмоподібній кишці, у 32 (33,7%) - у прямій кишці. Основною причиною ГОТКН (у 92% випадків) була obturaційна просвіту кишки пухлиною. У 35 (36,8%) хворих діагностовано метастатичне пошкодження печінки із розмірами метастатичних новоутворів від 1 до 8 см.

ГОТКН є ознакою декомпенсації моторно-евакуаторної функції кишечника. З метою уніфікації тактики і оптимізації методу лікування ГОТКН ми оцінюємо тяжкість непрохідності як компенсовану, субкомпенсовану, декомпенсовану.

Радикальна операція із приводу ГОТКН така, яка забезпечує надійне усунення ознак гострої кишкової непрохідності, видалення ракової пухлини за онкологічними принципами. У 12 (12,6%) хворих з компенсованою, субкомпенсованою ГОТКН операція завершена формуванням термінотермінального товстокишкового анастомозу. В 16 (16,8%) хворих ГОТКН з метастазами в печінку, окрім основного оперативного втручання, виконувалася електрокоагуляція і хірургічне видалення метастазів.

З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ГОТКН нами застосовано лефлоцин (левофлоксацин), орнідозол (орнігіл), декасан. Проводилася корекція метаболічних порушень, профілактика кардіореспіраторних ускладнень. У комплексній терапії ГОТКН на різних етапах лікування застосовували октрестатин - синтетичний октапептид. Хімотерапію проводили за схемою Fol Fox.

Результати дослідження та їх обговорення

Нами запропоновані основні принципи хірургічної тактики

при гострій obturaційній товстокишкової непрохідності.

1. Ретельний збір анамнезу, об'єктивне обстеження хворого з обов'язковим пальцевим дослідженням прямої кишки.

2. Екстренна оглядова рентгенографія органів грудної клітки, черевної порожнини. З метою уточнення рівня блоку товстої кишки показана екстренна іригоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, фіброгастроудоденоскопія, які не слід виконувати у хворих з тяжким загальним станом та при наявності декомпенсованої кишкової непрохідності, перитоніту.

3. Екстренне УЗД органів черевної порожнини дозволяє виявити наявність метастазів в органах черевної порожнини, вільної рідини.

4. У максимально короткий термін проводиться основне клініко-біохімічне дослідження та дотримання «правила чотирьох катетерів». Лапароцентез і лапароскопію, в діагностиці ГОТКН, ускладненої перитонітом, слід виконувати з великою обережністю.

5. Передопераційна підготовка повинна бути адекватною, інтенсивною, короткочасною під контролем ОЦК і ЦВД у вигляді інфузійної терапії кристалоїдів, амінокислотних сумішей, антигіпоксидантів, спазмолітиків і препаратів, які поліпшують мікроциркуляцію, реологічні властивості крові.

6. Інтраопераційну антибіотикопрофілактику хворим слід проводити інфузійним антибіотиком лефлоцином (левофлоксацином) по 500 мг у комбінації з 100 мл орнідозола (орнігіл); у післяопераційному періоді - адекватну патогенетичну інфузійну антибактеріальну терапію, ентеросорбцію через назоінтестинальний зонд із блокадою продукції медіаторів запалення октрестатином.

7. При ГОТКН виконуються широка серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини з ідентифікацією пухлини, визначенням ступеня поширеності ракового процесу і об'єму оперативного втручання. Назоінтестинальна інтубація, ентральний лаваж є обов'язковими маніпуляціями перед основним етапом операції - видаленням пухлини. У першу добу після операції зонд виконує функцію декомпресії кишечника, починаючи з 2-3 доби його необхідно використовувати для раннього ентрального харчування.

8. У хворих з ГОТКН при лівосторонньому раку товстої кишки виконується операція типу Гартмана з видаленням пухлини за онкологічними принципами і формуванням тимчасової або постійної колостоми. При локалізації пухлини в сліпій кишці, висхідній і печінковому куті попереково-ободової кишки - правобічна геміколектомія. При генералізації онкопроцесу операцією вибору є накладання обхідних анастомозів. Формування двохствольної колостоми виправдане при декомпенсованій ГОТКН, каловому перитоніті.

9. При технічних можливостях, з урахуванням стану хворого, показане видалення метастатичних вузлів, їх електрокоагуляція, або резекція печінки.

З 95 хворих у ранньому післяопераційному періоді померло 10 (10,5%). Основна причина смерті - триваючий перитоніт і поліорганна недостатність.

Розроблені основні принципи хірургічної тактики при гострій obturaційній товстокишкової непрохідності дозволили знизити післяопераційну летальність на 10,2% і значно (з 14,6% до 6,8%) зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Висновки

Гостра obturaційна товстокишечна непрохідність пухлинного генезу вимагає екстреного оперативного лікування.

Наявність у хворих з ГОТКН солітарних метастазів у печінці не є причиною відмови від радикального хірургічного втручання.

Запропоновані основні принципи хірургічної тактики при гострій obturaційній товстокишкової непрохідності і методика проведення хімотерапії за схемою Fol Fox можуть бути рекомендовані для практичного застосування в ургентній хірургії.

Перспективи подальших досліджень направлені на роз-

робку основних принципів хірургічної тактики при раку прямої кишки, ускладненого кишковою непрохідністю.

Література

1. Важенин А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В. Важенин, Д.А. Маханьков, С.Ю. Сидельников // Хирургия. - 2007. - № 4. - С. 49-53.
2. Классификация obturационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, С.Ф. Алекперов [и др.] // Колопроктология. - 2009. - № 3. - С. 17-23.
3. Ліщишина О.М. Колоректальний рак: стан медичної допомоги хворим в Україні та особливості смертності / О.М. Ліщишина, А.В. Журбенко // Онкологія: прил. к журналу «Експерим. онкологія». - 2008. - Т.10, №1. - С. 161-163.
4. Рак в Україні, 2004-2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцерреєстру України. - К.: 2006. - № 7. - 96 с.
5. Шалімов С.О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки / Шалімов С.о., Євтушенко О.І., М'ясоєдов Д.В. - Київ: Четверта хвиля, 2004. - 248 с.

Мищенко В.В., Горячий В.В., Дехтяренко С.П., Бахар Г.А.

Хирургическая тактика при острой obturационной толстокишечной непроходимости

Резюме. Основные принципы хирургической тактики при острой obturационной толстокишечной непроходимости заключаются в тщательном обследовании больного с рентгенографией органов грудной клетки, брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости.

Ирригоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, фиброгастроудоденоскопия, лапароцентез и лапароскопия - по строгим показаниям. Предоперационная подготовка должна быть адекватной, интенсивной и кратковременной с антибиотикопрофилактикой. Операциями выбора является операция типа Гартмана, правосторонняя гемиколэктомия, наложение обходных анастомозов, формирование двухствольных колостомы. Послеоперационная летальность снижена на 10,2%, количество послеоперационных осложнений на 7,8%.

Ключевые слова: хирургическая тактика, острая obturационная толстокишечной непроходимости.

Mishchenko V.V., Goryachiy V.V., Dehtyarenko S.P., Bachar G.A.

Surgical Tactics in Acute Colon Obturation

Summary. Basic principles of surgical tactic at acute obturation colon impassability consist in the careful inspection of patient with sciagraphy of organs of thorax and abdominal region, ULTRASONIC of organs of abdominal region (irrigoscopy, rektoromanoscopy, fibrocolonoscopy, fibrogastroduodenoscopy, laparocentesis and laparoscopy - on strict testimonies). Preintervention preparation must be adequate, intensive and brief with antibioticoprohylacton, patogenetic infusion and antibacterial therapy. The operations of choice are an operation of type of Gartm, right-side hemycolectomy, imposition of roundabout anastomoses, forming of double-barrelled colostomy. Postintervention mortalities is reduced on 10,2%, amount of postintervention complications - on 7,8%.

Key words: surgical tactic is acute obturation colon impassability.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК. 616.345-009.1-074

Момот Н.В., Плахотников І.О., Борота О.В., Кондратенко Е.Л., Шаламов В.І.

Ентероколоноцинтиграфія як метод діагностики функціональних порушень товстої кишки

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання (ДОКТМО)

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. У діагностиці функціональних порушень товстої кишки вперше використаний радіонуклідний метод - динамічна ентероколоноцинтиграфія. У ролі радіофармпрепарату був використаний DMSA-Tc-99m, який пацієнт одержував як сніданок разом з курячим білком. Надалі за допомогою гамма-камери записували серію зображень товстої кишки через 5, 6, 7, 24, 30, 48, 54, 72 години від початку дослідження. У клініці за 5 місяців за допомогою даної методики обстежено 12 хворих. Отримані результати дозволяють нам прогнозувати подальшу тактику лікування даної категорії хворих. Після проведення лікування можлива оцінка віддалених результатів.

Ключові слова: ентероколоноцинтиграфія, товстокишковий стаз.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Товстокишкові стази є важливою медико-соціальною проблемою в усіх країнах світу, насамперед через їхню широку поширеність та зниження соціальної активності і якості життя хворих [1,2]. Вони є поліетіологічним захворюванням зі складним механізмом розвитку моторно-евакуаторних порушень. Під товстокишковим стазом ми розуміємо постійне сповільнення ритму дефекації, яке виникає внаслідок стійкого зниження чи втрати пропульсивних або евакуаторних властивостей товстої кишки (ТК), пов'язаних з порушеннями її рухової активності, що призводить до наростання явищ інтоксикації аж до часткової чи повної втрати працездатності [3]. Залишаються незадовільними результати хірургічного лікування, за даними різних авторів, їхня кількість доходить від 27.3% до 45%. Багато аспектів діагностичного і лікувально-тактичного плану при закрепах, на жаль, залишаються невирішеними, суперечливими, потребують подальшої перевірки та уточнення [4]. З методів визначення моторної функції американські проктологи при функціональних захворюваннях товстої кишки віддають перевагу радіонуклідним [5,6]. Це обумовлено їх неінвазивністю і фізіологічністю (радіофармпрепарат, який не має смаку і запаху, об'ємом менше, ніж

0,5 мл, вводиться пацієнту зі звичайною їжею), низьким променевим навантаженням, поєднанням кількісної та якісної оцінки зображень, можливістю точних динамічних спостережень.

Мета дослідження: Впровадити радіоізотопну ентероколоноцинтиграфію як метод у діагностиці моторно-евакуаторних порушень товстої кишки.

Матеріал і методи дослідження

У дослідження були залучені 12 хворих. Жінок 10, чоловіків 2. Вік хворих від 20 до 75 років. При надходженні в клініку усі хворі пред'являли скарги на зкрепи від 3 до 7 діб, відсутність позивів на дефекацію. З метою виключення органічної патології ТК усім хворим перед дослідженням виконувалася ректороманоскопія, колоноскопія, іригографія. Для проведення ЕКСТГ пацієнт, що знаходився на звичайному харчуванні, одержував зі звареним у круту курячим яйцем радіофармпрепарат DMSA-Tc-99 m, який не всмоктується в ЖКТ. Надалі за допомогою гамма-камери записували серію зображень кишечника через 5, 6, 7, 24, 48, 54, 72 години від початку дослідження і проводили їхню обробку за спеціальною комп'ютерною програмою. Візуальний аналіз отриманих зображень дозволяє одночасно оцінювати стан тонусу кишкової стінки за виразністю сегментації, а так само виявити деякі особливості будови і розташування відділів ОК, її подовження, опущення її відділів, мегаколон.

Комп'ютерна обробка зображень мала наступні етапи.

1. Одержання сумарного зображення для визначення ділянок інтересу, що відповідають 8 сегментам ТК.
2. Відтворення динамічних кривих, які наочно відбивають проходження радіоактивного вмісту виділеними сегментами.
3. Обчислення і представлення у виді стандартного протоколу дослідження кількісних показників сегментарного транзиту.
4. Розрахунок показника швидкості транзиту і його кількість у досліджуваному сегменті протягом усього дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

У 2 хворих функціональних порушень не відзначено, тран-