

При проведенні поліпектомії необхідно прибегать к применению различных способов профилактики возникновения осложнений. Для проведения безопасной полипектомии, эндоскопическая бригада должна в совершенстве знать особенности работы оборудования, преимуществами и недостатками всех методов применяемых при полипектомии.

Эндоскопические отделения должны быть оснащены адекватным оборудованием для проведения полипектомии, проведения адекватного гемостаза для профилактики осложнений. Эндоскопические полипектомии должны проводиться только в эндоскопических отделениях (кабинетах) стационаров врачами-эндоскопистами высокой квалификации или под их контролем в связи с техническими сложностями, возникающими при выполнении полипектомии связанными с неудобной локализацией их или размерами.

Литература

1. Никишаев В.И. (2007) Первый опыт применения клипатора EZ-CLIP для остановки и профилактики рецидива кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Укр. ж. малоинвазивной эндоскоп. Vol. 11; 4: 24-26
2. Никишаев В.И., Гичка С.Г., Бойко В.В. (2005) Экспериментальное исследование эффективности различных методов эндоскопического гемостаза. Укр. ж. малоинвазивной эндоскоп. Vol. 9; 1-2: 6-11
3. Никишаев В.И., Головин С.Г. (1998) Первый клинический опыт эндоскопического клипирования при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материалы международного симпозиума "Диагностическая и лечебная эндоскопия". (Туруфф), с. 108-109
4. Никишаев В.И., Фомин П.Д., Музыка С.В. (2003) Артерио-плазменная коагуляция в эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта. Укр. ж. малоинвазивной эндоскоп. Vol. 7; 3: 24-25
5. Никишаев В.И. (2003) Эндоскопическая диагностика та мініінвазивна ендоскопія при кровотечах з гастроэнтеральних виразок та варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. (Київ). 38 с.
6. Никишаев В.И. (2003) Эндоскопическое клипирование виразок шлунку и дванадцатиперстной кишки при тяжелой кровотечении. Укр. ж. малоинвазивной эндоскоп. Vol. 7; 1: 24-28
7. Никишаев В.И., Бойко В.В., Головин С.Г. (2005) Клинико-экспериментальные исследования эффективности термических методов эндоскопического гемостаза. Шпитальна хірургія. 3: 83-85
8. Никишаев В.И., Бойко В.В., Лемко І.І. (2004) Перший клінічний досвід використання радіочастотної коагуляції в ендоскопічному гемостазі та профілактиці кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Укр. ж. малоинвазивной эндоскоп. Vol. 8; 3: 8-9
9. Патент № 48872 А. Україна, 6 А61В 17/00. (2002) Спосіб комбінованого ендоскопічного гемостазу. Нікішаєв В.І., Фомін П.Д., Музика С.В., Кузнецов К.В.: 2002021160; Заявлено 12.02.2002; Опубліковано 15.08.2002. Промислова власність. Офіційний бюлетень. 8; 1: 4.32-4.33
10. Brandimare G., Tursi A. (2001) Endoscopic snare excision of large pedunculated colorectal polyps: a new, safe, and effective technique. Endoscopy. 33: 854-857
11. Cipolletta L., Bianco M.A., Rotondano G. et al. (1999) Endoclip assisted resection of large pedunculated colonic polyps. Gastrointest. Endosc. 50: 405-407
12. Colonoscopy Principles and Practice (2005) Waye J.D., Rex D.K., Williams C.B. (Eds). Blackwell Publishing. 655 p.
13. Dell'Abate P., Iosca A., Galimberti A. et al. (2001) Endoscopic treatment of colorectal benign-appearing lesions 3 cm or larger. Dis. Colon. Rectum. 44: 112-118
14. DiPrima R.E., Barkin J.S., Blinder M. et al. (1988) Age as a risk factor in colonoscopy: fact versus fiction. Am. J. Gastroenterol. 83: 123-125
15. Dobrowolski S., Dobosz M., Babicki A. et al. (2006) Blood supply of colorectal polyps correlates with risk of bleeding after endoscopic polypectomy Gastrointest. Endosc. 63: 1004-1009
16. Friedrichs O. (1998) Endoscopic fibrin gluing: submucosal application against bleeding in gastrointestinal tract. (Berlin). Blackwell Science (eds).
17. Iida Y., Miura S., Munemoto Y. et al. (1994) Endoscopic resection of large colorectal polyps using a clipping method. Dis. Colon. Rectum. 37: 179-180
18. Iishi H., Tatsuta M., Narahara H. et al. (1996) Endoscopic resection of large pedunculated colorectal polyps using a detachable snare. Gastrointest. Endosc. 44: 594-597
19. Iishi H., Tatsuta M., Kitamura S. et al. (1997) Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps using a submucosal saline injection technique. Hepatogastroenterology. 44: 698-702
20. Macrea F.A., Tan K.G., Williams C.B. (1983) Towards safer colonoscopy: a report on the complications of 5000 diagnostic and therapeutic colonoscopies. Gut. 24: 376-383
21. Parra-Blanco A., Kamimaga N., Kojima T. et al. (2000) Hemoclipping for post-polypectomy and post-biopsy colonic bleeding. Gastrointest. Endosc. 51: 37-41
22. Shiffman M.L., Farrel M.T., Yee Y.S. (1994) Risk of bleeding after endoscopic biopsy or polypectomy in patients taking aspirin or other NSAIDs. Gastrointest. Endosc. 40: 458-462
23. Shirai M., Nakamura T., Matsuura A. et al. (1994) Safer colonoscopic polypectomy with local submucosal injection of hypertonic saline-epinephrine solution. Am. J. Gastroenterol. 89: 334-338
24. Van Gossum A., Cozzoli A., Adler M. et al. (1992) Colonoscopic snare polypectomy: analysis of 1485 resections comparing two types of current. Gastrointest. Endosc. 38: 472-475
25. Weston A.P., Campbell D.R. (1994) Diminutive colonic polyps: histopathology, spatial distribution, concomitant significant lesions, and treatment complications. Am. J. Gastroenterol. 90: 24-28

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Грубник В.В., Герасимов Д.В., Ткаченко А.И.

Одесский государственный медицинский университет, Одесская областная клиническая больница, Украина

Большая часть больных с желчекаменной болезнью осложненной холедохолитиазом госпитализируются в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. Тяжесть состояния прогрессивно усугубляется прогрессирующей интоксикацией, септическими проявлениями, печеночно-почечной недостаточностью, желтухой, сопутствующими заболеваниями и возрастом пациентов.

Перед хирургом стоит задача добиться адекватной декомпрессии желчного дерева в кратчайший срок. Поскольку зачастую эти больные являются функционально неоперабельными, наибольшие надежды возлагаются на малоинвазивные методы лечения.

При решении указанной задачи хирург-эндоскопист сталкивается с рядом трудностей. Так, кровотечение из рассеченного фатерова соска ввиду гипоконстрикционного синдрома, всегда сопровождающего печеночную недостаточность, вынуждает отсрочить дальнейшие манипуляции. При конкрементах больших размеров и множественном холедохолитиазе, иногда трудно одномоментно освободить желчный проток от препятствия току желчи. Стентирование и нозобилиарное дренирование являются методами краткосрочного решения данной проблемы.

В указанной ситуации перспективным является применение комбинации малоинвазивных методов оперативного лечения. В практике Одесской областной клинической больницы накоплен определенный опыт комбинированного применения чрезкожно-резекционных и эндоскопических оперативных вмешательств при лечении больных холедохолитиазом.

Сочетанные чрезкожно-чрезпеченочные и эндоскопические оперативные вмешательства выполнены у 25 больных с холедохолитиазом. Эндоскопическая папилосфинктеротомия с удалением конкрементов была затруднена ввиду больших размеров камней, их множественности, трудностей эндоскопического доступа или его невозможности (при расположении фатерова соска в дивертикуле 12 перстной кишки, после резекции желудка по Бильрот-2). Оперативное лечение не проводилось ввиду высокого его риска (преклонный возраст больного и тяжелая сопутствующая патология).

Пациентам выполняли чрезкожную холангиостомию под контролем УЗИ и устанавливали дренажи 7-10 Fr. Это обеспечивало адекватное дренирование желчных путей,

позволяло проводить их активную санацию.

Через несколько дней, при стабилизации состояния пациентов, проводилась чрездренажная холангиография, при которой уточнялось количество камней и их размер. Под рентгенконтролем производилось расширение свищевого канала, замена дренажа на дренаж большего диаметра (16-18 Fr), выполнялась эндоскопическая папиллотомия. При невозможности эндоскопического доступа производилась дилатация большого дуоденального сосочка баллоном 15 мм, введенным по проводнику.

Выполненный чрезкожно холангистомический канал, расположенный на одной оси с холедохом, обеспечивает свободный доступ ко всем его отделам. Через широкий холангистомический канал возможно введение мощных инструментов для литотрипсии (корзинки Dormia), а сама манипуляция и захват конкрементов не вызывают трудности даже при плотном обхватывании конкремента стенками холедоха и плотном заполнении конкрементами просвета.

Литотрипсия при чрезкожном доступе можно проводить в амбулаторном режиме, в несколько приемов. Фрагменты конкрементов подходящего диаметра низводили в кишку с помощью баллона Фогарти, введенного через катетер достаточной жесткости или извлекали эндоскопически. Между сеансами литотрипсии в холедох устанавливали наружно-внутренний стент. Наружный конец стента закрывался пробкой, несколько раз в день производилось промывание холедоха от детрита и фрагментов. Интервал между сессиями литотрипсии составлял от двух дней до двух недель.

Для полного устранения конкрементов потребовалось от двух до четырех сессий литотрипсии с последующим извлечением фрагментов и вымыванием детрита через наружно-внутренний стент. При констатации полного устранения конкрементов производили удаление стента.

При применении комбинированных чрезкожных и эндоскопических методов в нашей клинике серьезных осложнений не отмечалось. Это позволяет сделать нам вывод, что сочетанный чрезкожно-эндоскопический доступ создает новые возможности для оказания помощи больным с холедохолитиазом.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кутовой А.Б.*, Ершова С.Ю., Швайдак С.И., Пелех В.А., Люлька В.И., Губарь А.С., Пимахов В.В.*

Кафедра хирургии №2, Днепропетровская государственная медицинская академия*, Украина
Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова, Украина

Endoscopy in Diagnostics and Treatment of Pancreato-Biliary Zone Diseases

A.B. Kutovoy*, S.Yu. Ershova, S.I. Shvaidak, V.A. Pelekh, V.I. Luika, A.S. Gubar, V.V. Pimakhov*

Chair of Surgery #2, Dnepropetrovsk State Medical Academy*, Ukraine
Dnepropetrovsk Regional Clinical Hospital named by I.I. Mechnikov, Ukraine

Summary

Fibrogastroduodenoscopy and retrograde cholangiopancreatography was used in a treatment of 1118 patients with pancreato-biliary zone disease in a period from 1998 till 2008. Common bile duct stones was diagnosed in 658 (66.7%) cases (263 of them after cholecystectomy), in 69 (7%) patient's mechanical type of jaundice was accepted. Tumors of common bile duct was found in 148 (15%) cases, tumors of common hepatic duct — in 33 (3.3%), tumors of papilla Vateri — in 45 (4%), pancreatic duct stones have 37 (3.8%) patients, pancreatic duct deformation — 25 (2.5%) patients, common bile duct cysts — in 7 (0.7%) patients, Caroli's disease — 1 (0.1%), common bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy — in 8 (0.8%). Endoscopic papillosphincterotomy was provided for 296 patients. After these stones migrated from common bile duct to duodenum after conservative treatment in 104 (35.1%) of patient, lithotripsy was needed for 89 (30.1%) patients, mechanical lithotripsy was used for 27 (9.1%) cases. Lithotripsy was effectiveness for 76 (25.7%) patients, that's why, was provided surgical treatment. Morbidity rate for papillosphincterotomy is 4.1% (12 patients).

Key word: mechanical jaundice, common bile duct stones, papillosphincterotomy, retrograde cholangiopancreatography.

Введение

Заболевания панкреато-билиарной зоны составляют 22-30% абдоминальной хирургической патологии и не проявляют тенденции к снижению [2,5]. При этом заметно увеличивается удельный вес больных пожилого и старческого возраста [3,4]. Использование современных аппаратных и рентгенологических методов существенно расширило диагностические возможности и обеспечило в последние годы более высокий качественный уровень выявления и дифференцировки патологии желчных и панкреатических протоков [1,2,5]. Несмотря на это, в настоящее время обтурационные поражения биллиарных протоков диагностируются чаще уже на фоне имеющейся яркой клинической манифестации и на стадиях развития, не позволяющих оказать высокотехнологическую или радикальную хирургическую помощь [1,3].