

рали згідно ІМТ і складала 200 см у 23 (54,8%) хворих, 250 см – 15 (35,7%) пацієнтів та 300 см – 4 (9,5%) хворих.

Якість життя хворих оцінювали за опитувальниками Moorehead-Ardelt Questionnaire II та GERDQ. Отримані результати інтерпретували згідно ключа: дуже погана –3 – -2,1, погана -2 – -1,1, задовільна при показнику -1,0 – 1,0, хороша 1,1 – 2,0, дуже хороша 2,1 – 3,0 для оцінки якості життя за Moorehead-Ardelt Questionnaire II. Для об'єктивізації результатів за опитувальником GERDQ анкетування починали після повного відновлення харчування та налагодження харчової поведінки, що зазвичай потребувало 3 місяці. Критичним значенням показника вважали ≥ 8 балів. Тривалість спостереження 36 місяців.

В доопераційному періоді за опитувальником Moorehead-Ardelt Questionnaire II якість життя хворих була на рівні погано (- 1,6). Прояви рефлюкс – езофагіту за GERDQ становили від 2 до 12 балів, що в середньому $7,4 \pm 2,1$ балів. У 15 (35,7 %) хворих ендоскопічно діагностовано ознаки рефлюкс – езофагіту у 3 (7,2%) пацієнтів ГСОД.

Результати. Середній % ВНМТ $71,6 \pm 4,2\%$. За перші 12 місяців після операції якість життя хворих поступово підвищилась до рівня дуже хорошої (2,5) та залишалась сталою впродовж всього строку спостереження. Показник GERDQ через 3 місяці після операції складав $6,4 \pm 1,8$ балів з незначними коливаннями впродовж першого року спостереження та практично не змінювався в подальшому. Ознаки рефлюкс – езофагіту діагностовано у 3 (7,2%) пацієнтів, ендоскопічно ознаки ГСОД в післяопераційному періоді не відмічались. Отже, розрішення рефлюкс – езофагіту склало 28,5%.

Висновки. Лапароскопічне міні-шунтування шлунка ефективна бариатрична процедура, яка забезпечує значне покращення якості життя хворих на морбідне ожиріння, шляхом зниження надлишкової маси тіла до 71,6% та розрішення проявів рефлюкс – езофагіту на 28,5%.

ДОВІЧНЕ СТЕНТУВАННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК: ПОКАЗАННЯ, ТЕХНІКА, РЕЗУЛЬТАТИ

Насташенко І.Л., Левченко Л.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця м. Київ.

Вступ. Стосовно пацієнтів з неоперабельними формами бластоматозної біліарної обструкції пріоритетними визнані малоінвазивні методики біліарної декомпресії. Можливість тривалого внутрішнього дренирування жовчних проток

(ЖП) забезпечується застосуванням для ендоскопічного стентування металевих стентів, що розправляються самостійно (МС). Через специфічність цієї категорії хворих дослідження віддалених результатів застосування МС було можливим на підставі повторних звернень лише 12% з них через відновлення клінічних проявів холангіту.

Мета роботи. Покращити результати лікування хворих з бластоматозною біліарною обструкцією шляхом оптимізації тактики їх лікування із застосуванням стентування жовчних проток металевими стентами, що розправляються самостійно.

Матеріал і методи. На протязі 2012–2018 рр. на кафедрі загальної хірургії №1 НМУ імені О.О.Богомольця в Київському міському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток ендоскопічні транспапілярні втручання проведені 6483 пацієнтам: ендоскопічна папілосфінктеротомія виконувалась в 3294(50,8%) випадках. Ендостентування ЖП застосоване у 499(7,7%) пацієнтів, 109(21,9%) з них були встановлені МС. Показанням для встановлення МС виключно була необхідність довічного стентування ЖП. Для запобігання блокування стентами протоки жовчного міхура або внутрішньопечінкових ЖП в 96(88,0%) випадках встановлювали стенти без покриття. Вкриті стенти застосовували за наявності пухлинних розростань в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки у 13(12,0%) пацієнтів, яким раніше була виконана холецистектомія. Для запобігання розвитку синдрому «швидкого розвантаження» в 16(14,7%) випадках встановленню МС передувало стентування пластиковими стентами.

Результати. В 2(1,8%) випадках при застосуванні покритих МС внаслідок блокування стентом устя міхурової протоки розвинувся гострий холецистит і в 1(0,9%) спостереженні задовгий стент був встановлений в правий дольовий проток печінки, блокував її лівий дольовий проток, що призвело до розвитку механічної жовтяниці і локального гнійного холангіту та потребувало проведення додаткових пункційних втручань. Обструкцію просвіту стентів внаслідок інкрустації їх жовчними солями в терміни від 6 до 21 місяця (в середньому 16,3 місяці) після встановлення спостерігали в 8(7,2%) випадках. Механічна реканалізація просвіту стентів з адекватною санацією ЖП забезпечила подальше їх функціонування – тільки в 1(0,9%) хворого (ще через 11 місяців) виникла необхідність в повторній реканалізації стенту. В 5(4,6%) випадках спостерігали проростання пухлини через решітку МС з відповідними клінічними проявами біліарної обструкції. Механічна реканалізація пухлини супроводжувалась значною геморагією і була мало ефективною. Найбільш дієвим методом відновлення прохідності МС виявилася ендоскопічна діатермоабляція пухлини, що проросла в просвіт стенту – застосована нами у всіх хворих з вираженим макроскопічним та клінічним ефектом.

Висновки. У пацієнтів з бластоматозною біліарною обструкцією металеві стенти, що розправляються самостійно, доцільно використовувати тільки з метою довічного стентування жовчних проток.

Можливість довічного функціонування металевих стентів забезпечується ендоскопічним моніторингом та своєчасним відновленням їх прохідності.

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ОБНАРУЖЕНИЯ ПОЛИПОВ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Введение. Колоноскопия (КС) является «золотым» стандартом в диагностике предопухолевых образований толстого кишечника (ТК). Своевременное их удаление приводит к достоверному снижению уровня заболеваемости колоректальным раком (КРР). И все же, колоноскопия – это несовершенный метод. Частота выявления аденом (ADR), являясь основным показателем качества скрининговой колоноскопии, зависит от опыта и навыков врача, качественной подготовки кишечника, локализации аденом и многих других факторов. Считается, что при увеличении ADR на каждый 1 %, риск развития КРР у пациента в течение следующего года уменьшается на 3 %. Однако, пропуск аденом при колоноскопии (AMR, adenoma miss rate) составляет от 6% до 27%, а при плохой подготовке кишечника – до 68,6%. Чаще это касается правой половины ТК, где в основном и возникают межинтервальные раки. С расширением наших знаний, появлением новых предшественников КРР, трудностью их дифференцирования не только во время эндоскопического исследования, но и при патологогистологическом исследовании вводятся новые определения – PDR (polyp detection rate), PMR (polyp miss rate).

Цель исследования. Сравнив подготовку 4 л PEG и 1 л Trisulfate, определить наиболее оптимальное время проведения КС с учетом наиболее качественной очистки правой половины ТК, определить эффективность повторного осмотра ТК в режиме хромокопии с 0,3% раствором индигокармина.

Материалы и методы. В исследование вошли только те пациенты, которые полностью выполнили все рекомендации по подготовке ТК к исследованию. Показаниями к исследованию были: железодефицитная анемия невыясненной этиологии, боли в животе, расстройства стула (дефекации), скрининг, контрольные осмотры после удаления полипов. Подготовку 4 л PEG (Фортранс) осуществляли 306 пациентов и 303 пациента 1 л Trisulfate (Изиклин). Все пациенты на