

**В.В. Васильківський,
В.Г. Гетьман**

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ЛЕЙОМІОМАХ СТРАВОХОДУ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедри торакальної хірургії та пульмонології
(зав. – д. мед. н., проф. В.Г. Гетьман)
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04122, Україна
Київська міська клінічна лікарня № 17
провул. Лабораторний, 20, Київ, 01133, Україна
Shupik National Medical Academy of Post-graduate Education
Department of Thoracic Surgery and Pulmonology
Dorohozhytska str 9, Kyiv, 04122, Ukraine
e-mail: Vitaliy764449@gmail.com
Kyiv City Clinical Hospital N 17
Laboratory lane., 20, Kyiv, 01133, Ukraine
e-mail: clinic177@yahoo.com*

Ключові слова: лейоміома, підслизова пухлина, стравохід, доброякісні пухлини

Ключевые слова: лейомиома, подслизистая опухоль, пищевод, доброкачественные опухоли

Key words: leiomyoma, submucosal tumor, esophagus, benign tumors

Реферат. Обоснование выбора оперативных вмешательств при лейомиомах пищевода. Васильковский В.В., Гетьман В.Г. Операции на пищеводе занимают важное место в хирургии желудочно-кишечного тракта, поскольку этот орган проходит три анатомические области: шею, грудную и брюшную полость. Основные патологии, по поводу которых выполняют вмешательства: врожденные пороки, повреждения, инородные тела, ожоги и рубцовые сужения, нервно-мышечные заболевания пищевода, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и рефлюкс-эзофагит, дивертикулы, приобретенные свищи, рак пищевода, доброкачественные опухоли и кисты. Для большинства этих состояний разработаны четкие рекомендации к диагностике и лечению. В литературе нет единого мнения относительно показаний к консервативному или оперативному лечению пациентов с лейомиомой пищевода и объема хирургического вмешательства: 1) резекция пищевода; 2) удаление опухоли с частью стенки; 3) энуклеация опухоли; 4) эндоскопическое удаление. Летальность после резекции пищевода или его стенки с пластикой составляет 13%, а после энуклеации лейомиомы – 2%. В нашем клиническом исследовании проведен анализ выполненных операций пациентам по поводу лейомиом пищевода. Цель – провести ретроспективный анализ различных видов оперативных вмешательств у пациентов с лейомиомой пищевода, выполненных в торакальных отделениях Национального института рака, Киевского городского клинического онкоцентра, Киевской клинической больницы № 17, Житомирской областной больницы, Винницкой областной больницы. Дана ретроспективная оценка данных 66-ти пациентов с морфологически подтвержденной лейомиомой пищевода. У пациентов выполнялись следующие виды лучевых исследований: рентгеноскопия пищевода с раствором сульфата бария и рентгенографией, компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), КТ ОГК с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная томография с контрастным усилением (МРТ ОГК). Инструментальные методы: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), ФЭГДС с щипцовой биопсией, эндоскопическая эндосонография (ЭУС), эндоскопическая ультрасонография с тонкоигольной аспирационной пункционной биопсией (ЭУС-ТАПБ). Объем оперативных вмешательств: проксимальная резекция желудка (n=3); операция Garlock (n=2); операция Lewis (n=3), резекция опухоли с частью стенки пищевода (n=6); вылуцивание опухоли (n=52). Осложнения после операций в раннем периоде: послеоперационное кровотечение - источник не выявлен, несостоятельность швов пищевода. В позднем послеоперационном периоде пищеводно-плевральные свищи у двоих пациентов и стеноз пищевода у одного больного. Показания к удалению лейомиом: выраженность симптомов, размер опухоли более 5 см, множественные лейомиомы, переход на желудок, настойчивое желание пациента, увеличение объема в динамике, изменения слизистой над образованием. Показания к резекционным вариантам операций: адгезия опухоли со слизистой оболочкой на протяжении более трех сантиметров, невозможность исключить злокачественный процесс, гигантская лейомиома пищевода с переходом на желудок. У пациентов, которым выполнялись нерезекционные типы операций, был более короткий послеоперационный период пребывания в больнице, меньшее количество осложнений и лучшее качество жизни. Согласно нашим результатам, предоперационная щипцовая биопсия при неповрежденной слизистой неинформативная, но и не увеличивает количество перфораций.

Abstract. Rationale for the choice of operations in esophageal leiomyoma. Vasylykivskiy V.V., Getman V.G. Operations on the esophagus occupy an important place in the surgery of the gastrointestinal tract, since this organ passes through three anatomical regions: the neck, thoracic and abdominal cavity. The main pathologies for surgical interventions are congenital malformations, injuries, foreign bodies, burns and scarry strictures, neuromuscular diseases of the esophagus, hernia of the esophagus and reflux esophagitis, diverticula, acquired fistula, esophageal cancer, benign tumors and cysts. For the majority of these conditions clear recommendations on diagnosis and treatment have been developed. In the literature, there is no consensus on indications for conservative or surgical treatment of patients with esophageal leiomyoma and the type of surgical intervention: 1) resection of the esophagus 2) removal of the tumor with part of the wall; 3) enucleation of the tumor; 4) endoscopic removal. Mortality after resection of the esophagus or its wall with plastic is 13%, and after enucleation of leiomyoma – 2%. In our clinical study, the analysis of the performed operations on patients with leiomyoma of the esophagus was performed. The aim – to make a retrospective analysis of different types of surgical interventions in patients with esophageal leiomyoma performed in the thoracic departments of the National Cancer Institute, Kiev City Clinical Cancer Center, Kiev Clinical Hospital N 17, Zhytomyr Regional Hospital, Vinnitsa Regional Hospital. Retrospective evaluation of 66 patients with morphologically confirmed esophageal leiomyoma was made. The following types of imagining were performed in patients: radiological examination of esophagus with solution of barium sulphate and radiography, computed tomography of the chest (CTc), computed tomography angiography (CTA), magnetic resonance contrast-enhanced imaging (MRI TO). Instrumental methods: esophagogastroduodenoscopy (EGD) with biopsy, endoscopic ultrasound, endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy (EUS-FNA). The type of surgical interventions: proximal gastrectomy (n=3); Garlock operation (n=2); Lewis operation (n=3), resection of the tumor with part of the esophageal wall (n=6); tumor enucleation (n=52). Complications after operations in the early period: postoperative bleeding - the source is not identified, failure of the esophageal wall seam. In the late postoperative period – esophageal pleural fistula in two patients and esophageal stenosis in one patient. Indication for removal of leiomyomas: severity of symptoms, tumor size more than 5 cm, multiple leiomyomas, transition onto the stomach, patient's persistent desire, increase of volume in dynamics, changes in mucosa over the mass. Indications for resection options for surgery: adhesion of the tumor with the mucosa for more than three centimeters, the inability to exclude the malignant process, the giant esophageal leiomyoma with the transition onto the stomach. Patients who underwent non-surgical operations had a shorter postoperative hospital stay, fewer complications and a better quality of life. According to our results, preoperative biopsy with intact mucosa is not informative, but also does not increase the number of perforations.

Реконструктивна хірургія при доброякісних та злоякісних захворюваннях, а також різноманітних травмах стравоходу досі залишається однією з найважчих розділів хірургії травного тракту. Розвиток діагностики, методики та техніки операцій, анестезіологічної підтримки дозволили вирішити багато актуальних проблем, проте хірургія стравоходу все ж не стала масовою. Порівняно невелика кількість торакальних та загальних хірургів має досвід декількох десятків успішних операцій [5].

Доброякісні пухлини стравоходу – доволі рідкісні захворювання, та виявляються з частотою до 1% [11]. Лейоміома стравоходу – пухлина, що виходить з м'язової оболонки стравоходу, рідше – з власної м'язової пластинки слизової оболонки чи гладком'язових елементів судинної стінки, належить до неепітеліальних доброякісних утворень стравоходу [3]. Вона становить 60-70% всіх доброякісних пухлин стравоходу [9].

Вперше про інтрамуральну лейоміому стравоходу в 1797 р. повідомив Munro. Більшість того, що ми знаємо сьогодні про будову лейоміоми, було вивчено Virchow у 1863 р. Sauerbruch вперше виконав резекцію стравоходу з приводу лейоміоми в 1932 р., а вже в наступному

році Ohsawa демонструє першу вдалу енуклеацію пухлини.

Довгий час підслизові новоутворення розглядалися хірургами в якості доброякісних пухлин, які переважно підлягають динамічному спостереженню. Винятками були новоутворення великих розмірів, що мали клінічні прояви, які визначали показання до оперативного втручання [6]. Більшість м'якотканинних утворень, що класифікувались раніше як лейоміоми, шванноми, лейоміосаркоми та інші, на теперішній час належить до гастроінтестинальних стромальних пухлин на основі результатів імуногістохімічного дослідження, що змусило кардинально змінити тактику й підходи до лікування [2]. У літературі немає єдиної точки зору щодо вибору оперативного лікування лейоміом стравоходу: 1) резекція стравоходу; 2) видалення пухлини з частиною стінки; 3) енуклеація пухлини; 4) ендоскопічне видалення. Летальність після резекції стравоходу чи його стінки з пластикою становить 13%, а після енуклеації лейоміоми – 2% [4]. При відеоторакоскопічній енуклеації лейоміом не спостерігалось летальних випадків, згідно з даними літератури. У віддалені терміни після операції у 5,7% хворих виникли псевдодивертикули

стравоходу, що вимагали в частини пацієнтів повторного втручання [1]. Нещодавно з'явився новий метод оперативного лікування підслизових пухлин стравоходу – ендоскопічна резекція пухлини підслизовим доступом, проте він ще недостатньо досліджений [7, 8]. Таким чином, виникає потреба в оцінці хірургічних методів лікування лейоміом стравоходу.

Мета – провести ретроспективний аналіз різних видів оперативних втручань у пацієнтів з лейоміомою стравоходу, виконаних у торакальних відділеннях Національного інституту раку, Київського міського клінічного онкоцентру, Київської клінічної лікарні № 17, Житомирської обласної лікарні, Вінницької обласної лікарні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У досліджуваній групі налічувалось 66 пацієнтів, у яких лейоміома стравоходу підтверджена гістологічно. Вік пацієнтів – від 18 до 72 років (46,9±14,7). Відношення кількості чоловіків до жінок становило 34:32 відповідно. За локалізацією лейоміоми розташовувались таким чином: верхня третина стравоходу – 9, середня третина стравоходу – 29, нижня третина – 31, з них з переходом на шлунок – 4, множинні – у 3 з 66 пацієнтів.

Розмір лейоміом знаходився в діапазоні від 0,9 см до 20 см, у середньому становив 5,17±3,9. При опитуванні пацієнтів скарг на момент надходження не було у 10 хворих. У пацієнтів були скарги на: дисфагію – 46, біль за грудиною – 19, загальну слабкість – 16, схуднення – 11, печія – 9, кашель – 7, біль в епігастрії – 5, задишка – 3, гіперсалівація – 1. Тривалість симптомів до оперативного лікування становила від 1 до 156 міс. Серед супутніх захворювань: ІХС-12, кила стравохідного розтвору діафрагми – 8, гіпертонічна хвороба – 8, виразкова хвороба ДПК – 5, дивертикул стравоходу – 3.

Пацієнтам виконувались інструментальні дослідження: рентгеноскопія стравоходу з розчином сульфату барію та рентгенографією, комп'ютерна томографія органів грудної клітки (КТ ОГК), КТ ОГК з довенним контрастуванням, магнітнорезонансна томографія з контрастним підсиленням (МРТ ОГК). Інструментальні методи: фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС), ФЕГДС з щипцевою біопсією, ендоскопічна ендосонографія (ЕУС), ендоскопічна ультрасонографія з тонкоголковою аспіраційною пункційною біопсією (ЕУС-ТАПБ).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На доопераційному етапі було встановлено діагноз: лейоміома стравоходу 44 пацієнтам.

Хибні діагнози 22-м хворим: доброякісна пухлина стравоходу – 9, доброякісна пухлина межистіння – 5, рак стравоходу – 2, ахалазія стравоходу – 3, кіста межистіння – 1, кіста стравоходу – 1, дивертикул стравоходу – 1.

При опитуванні пацієнтів скарг на момент поступлення не було в 10 хворих. У пацієнтів найчастішими були скарги на: дисфагію – 46, біль за грудиною – 19, загальну слабкість – 16, схуднення – 11, печія – 9, кашель – 7, біль в епігастрії – 5, задишка – 3, гіперсалівацію – 1.

Показаннями до оперативного лікування при передопераційному діагнозі лейоміома були: вираженість симптомів (n=38), розмір лейоміоми більше ніж 5 см (n=16), множинні лейоміоми (n=3), перехід на шлунок (n=4), наполягання пацієнта (n=4). У 22-х пацієнтів: лейоміома – інтраопераційна знахідка. Усім пацієнтам виконувались оперативні втручання: резекція нижньої третини стравоходу та проксимальна резекція шлунка – 3 (пухлина втягувала слизову оболонку стравоходу на протязі 3,5 см, переходила на шлунок, попередній діагноз: гігантський дивертикул стравоходу з кровотечею); операція Lewis – 3 (щільне зрощення зі слизовою стравоходу 7 см, передопераційний діагноз: рак стравоходу, пухлина розміром 4 см, зрощена зі слизовою стравоходу); операція Garlock – 2 (перехід пухлини на шлунок 4 см, гігантська пухлина 13,5 см з переходом на шлунок); резекція новоутворення з частиною стінки – 7 (при щільному зрощенні зі слизовою стравоходу на протязі до 3 см); видалення лейоміом – 51. Виконано симультанні операції: видалення лейоміоми та пластика кили стравохідного розтвору діафрагми (n=7), видалення лейоміоми та дивертикула (n=3). Доступи при різних варіантах розміщення лейоміом (табл.).

При симультанних операціях: видалення лейоміоми та пластика кили стравохідного розтвору діафрагми (торакотомія зліва – 1, тораколапаротомія зліва – 3, лапаротомія – 3), видалення лейоміоми та дивертикула (торакотомія справа – 1, тораколапаротомія зліва – 1).

Ускладнення після операцій у ранньому періоді: в одного хворого післяопераційна кровотеча – джерело не з'ясоване, неспроможність швів стравоходу в одного пацієнта. У пізньому післяопераційному періоді стравохідно-плевральні нориці в двох пацієнтів та стеноз стравоходу в одного хворого. У цьому ретроспективному обстеженні не виявлено залежності скарг пацієнта від розмірів лейоміоми. Також не виявлено залежності розміру від часу виявлення первинних скарг до моменту оперативного

лікування. У комплексі доопераційного обстеження 20-ти пацієнтам виконувалась біопсія слизової оболонки (висновок: гіперплазований плоский епітелій, у субепітеліальному шарі поодинокі м'язові волокна) і тільки в 3-х відмічалось зрощення пухлини зі слизовою внаслідок місцевої запальної реакції. У 46-ти пацієнтів, які не мали біопсій в анамнезі, зрощення внаслідок запальної реакції відмічались в 11-ти випадках, що свідчить про відсутність зв'язку між звичайними біопсіями слизової оболонки стравоходу та збільшенням частоти виникнення зрощень між пухлиною та слизовою оболонкою, а також збільшення ризику пошкодження слизової під час операції. На доопераційному етапі тільки один пацієнт отримав гістологічну верифікацію діагнозу. При виконанні оперативних втручань на стравоході ми використовували шлунковий зонд № 32 для

візуалізації стравоходу та відтиснення пухлини з просвіту. При утвореннях менше ніж 2 см застосовували інтраопераційну фіброезофагоскопію, що також дозволяла підтиснути лейоміому або провести світлову візуалізацію утворення через стінку стравоходу. Деякі автори вказують на можливість введення на етапі передопераційної підготовки метиленового синього в підслизовий шар стравоходу, для покращення видимості пухлини [12]. Для візуалізації пухлини не потрібно виділяти стравохід на великому протязі, ми використовували мінімально травматичний метод і виконували дисекцію в межах патології. Варіанти лейоміом стравоходу (рис. 1-4). М'язовий шар розсікався поздовж, для полегшення відділення від навколишніх тканин використовувався метод гідропрепарування 0,9% розчином NaCl. Для уточнення типу пухлини застосовували термінове гістологічне дослідження.

Доступи при різних варіантах розміщення лейоміом

	Верхня третина	Середня третина	Нижня третина	Перехід на шлунок	Множинні
Торакотомія зліва		1	5	1	2
Торакотомія справа	6	21	3		1
Тораколапаротомія зліва			9	3	
Торакотомія зліва та лапаротомія		3	3		
лапаротомія			8		
Задня торакотомія справа		4	1		
Лівобічна цервікотомія	1				
Стернотомія	1				

Щоб полегшити маніпуляції з утворенням, накладали шви-тримачі. Після видалення лейоміоми проводили контроль герметичності слизової оболонки шляхом підводної проби повітрям або проби з барвником [10]. Після видалення пухлини для профілактики розвитку дивертикулів ушивали м'язову оболонку вузловими швами Vucril 3-0 та додатково укривали медіастинальною плеврою, непарною веною, діафрагмою чи іншими тканинами на ніжці. Закінчували оперативне втручання дрениванням плевральної порожнини одним дренажем. При пошкодженні слизової оболонки вона ушивалась у поздовжньому напрямку вузловими швами Vucril 4-0. При непошкодженій слизовій пацієнти починали харчуватись на *per os* на другу добу після операції, при пошкодженні – на

6 добу після езофагографії з контрастом. Тривалість перебування в стаціонарі в середньому становила $14 \pm 6,5$ днів. При видаленні лейоміоми – $13,1 \pm 5,5$ днів, при резекційних варіантах – $17 \pm 8,5$ днів.

При адгезії пухлини зі слизовою оболонкою на протязі більше трьох сантиметрів, неможливість виключити злоякісний процес, гігантську лейоміому зі стравоходу з переходом на шлунок ми розглядаємо як показання до резекційного варіанту операції. Післяопераційні ускладнення: неспроможність швів та стравохідно-плевральні нориці виникли в пацієнтів з пухлинами більше ніж 5 см, що щільно зростались зі слизовою, та після ушивання м'язового шару стравоходу не були додатково укріплені васкуляризованими тканинами.

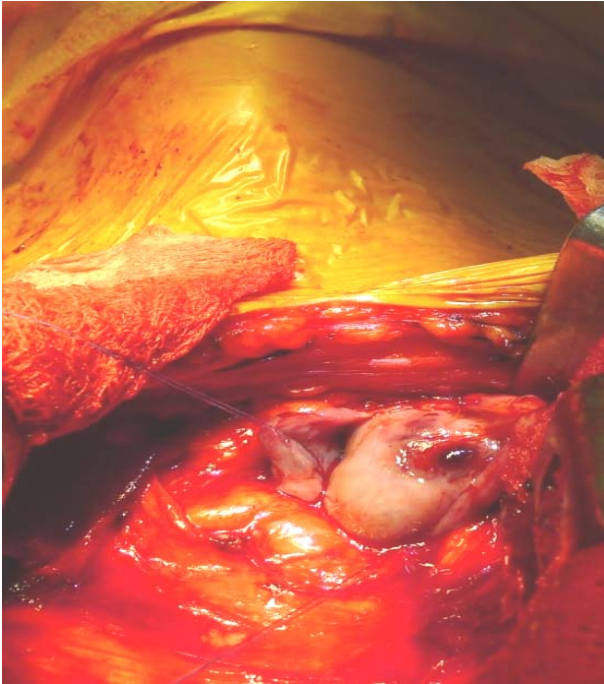


Рис. 1. Лейоміома верхньої третини стравоходу з кістозним компонентом

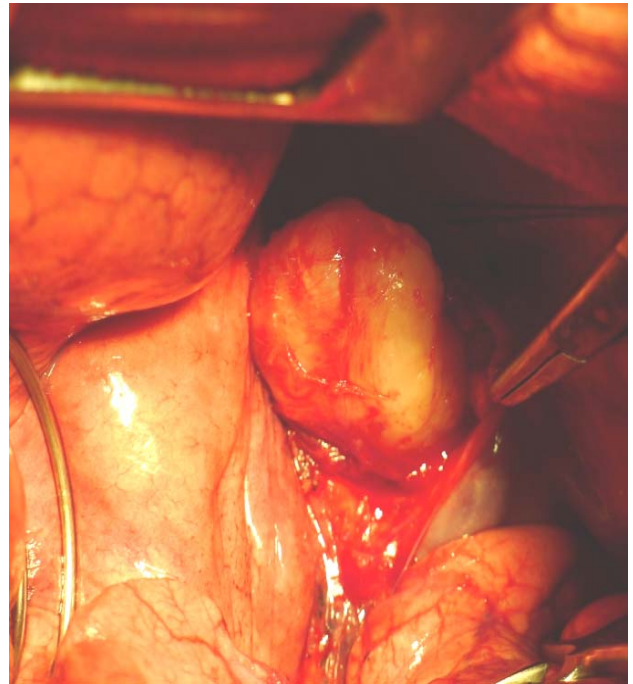


Рис. 2. Лейоміома середньої третини стравоходу овальна

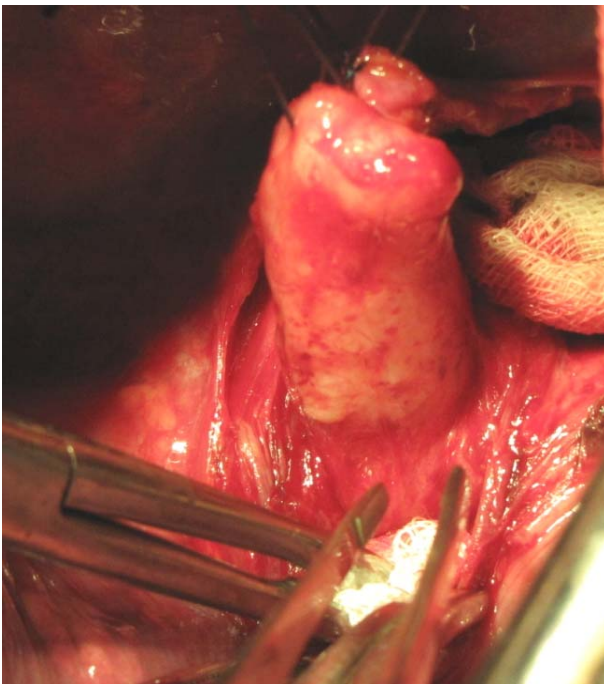


Рис. 3. Лейоміома середньої третини стравоходу циліндричної форми

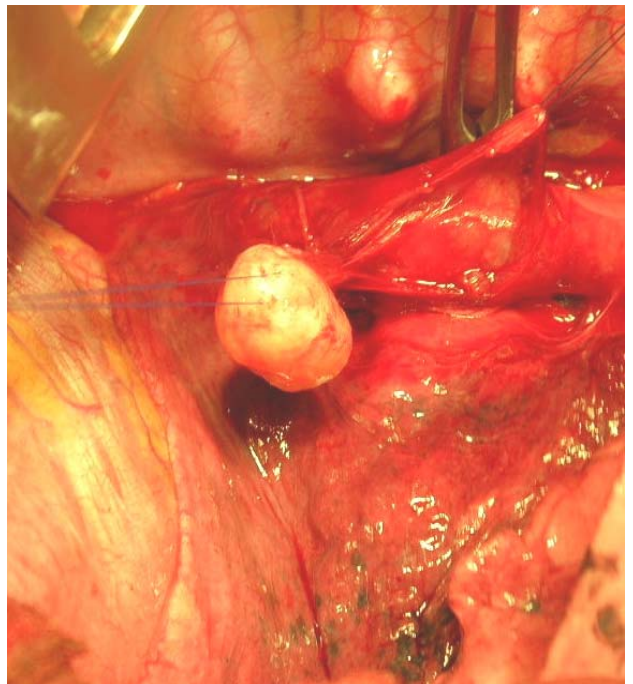


Рис. 3. Лейоміома нижньої третини стравоходу кулеподібної форми

ВИСНОВКИ

1. Показання до видалення лейоміом: вираженість симптомів, розмір пухлини більше ніж 5 см, множинні лейоміоми, перехід на шлунок, наполягання пацієнта, збільшення об'єму в динаміці, зміни слизової над утворенням.

2. Пацієнти, які перенесли нерезекційні типи операцій, мають коротший післяопераційний період перебування в лікарні, меншу кількість ускладнень та кращу якість життя.

3. Згідно з нашими результатами, передопераційна щипцева біопсія при неушкодженій слизовій

неінформативна, але й не збільшує кількість перфорацій.

4. Показання до резекційних варіантів операцій: адгезія пухлини зі слизовою оболонкою на протязі більше трьох сантиметрів, неможливість виключити злякисний процес, гігантська лейоміома зі стравоходу з переходом на шлунок

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Видеозендоскопическая хирургия пищевода / под ред. В.И. Оскретков. – Барнаул: Азбука, 2004.- 159 с.

2. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: классификация, диагностика и лечение / Л.А. Вашакмадзе, И.В. Колобаев, П.Д. Беспалов, [и др.] // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2013. – № 2. – С. 66-70.

3. Кошель А.П. Возможности трехмерной ультразвуковой визуализации в диагностике патологии грудного отдела пищевода / А.П. Кошель, Т.В. Дибина, С.С. Клоков // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 108-114.

4. Тамулевичюте Д.И. Болезни пищевода и кардии / Д.И. Тамулевичюте, А.М. Витенас. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва: Медицина, 1986. – 223 с.

5. Черноусов А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – Москва: Медицина, 2000. – С. 352.

6. Эндоскопическая ультрасонография в выборе тактики лечения больших с подслизистыми новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, М.М. Константинова [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 49-52.

7. Эндоскопическое удаление неэпителиальных образований пищевода путем туннелирования подслизистого слоя при помощи диссекции: первый опыт

в России / Е.Д. Федоров, Х. Иноуе, С.Г. Шаповальянц [и др.] // Хирургическая гастроэнтерология. – 2012. – № 10. – С. 30-34.

8. Яковенко ВА. Первый в Украине опыт эндоскопической туннельной подслизистой диссекции гигантской липомы кардиального отдела пищевода / В.А. Яковенко // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 5. – С. 56-60.

9. Dendy M. Spectrum of FDG uptake in large (>10 cm) esophageal leiomyomas / M. Dendy, K. Johnson, D.J. Boffa // J. Thorac. Dis. – 2015 Dec. – Vol. 7, N 12. – P. 648-651. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2015.11.64

10. Enucleation of esophageal leiomyoma by video-assisted thoracic surgery / L.M. Argote-Greene, L.A. Martin-Del-Campo, G. Torres-Villalobos [et al.] // Multimed Man Cardiothorac Surg. – 2010 Jan. – Vol. 1. – P. 1014. doi: 10.1510/mmcts.2008.003467

11. Intramural esophageal tumors / M.P. Łochowski, K. Kozak, M. Rębowski [et al.] // Kardiochirurgia i Torakochirurgia Pol. – 2016 Dec. – Vol. 13, N 4. – P. 319-321. doi: 10.5114/kitp.2016.64873

12. Novel methylene blue staining technique for localizing small esophageal leiomyomas during thoracoscopic enucleation / Z. Zhang, B. Ai, Y. Liao [et al.] // Dis. Esophagus. – 2016 Nov. – Vol. 29, N 8. – P. 1043-1047. doi: 10.1111/dote.12441

REFERENCES

1. Oskretkov VI. editor. [Video-assisted thoracoscopic surgery of the Esophagus]. Barnaul, Azbuka. 2004;159. Russian.

2. Vashakmadze LA, Kolobaev IV, Bespalov PD, Stepanov SO, Kekeeva TV. [Gastrointestinal stromal tumors: classification, diagnosis and treatment]. Onkologiya. Zhurnal im. PA Gertsena. 2013;2:66-70. Russian.

3. Koshel AP, Dibina TV, Klokov SS. [The possibilities of three-dimensional ultrasound imaging in the diagnosis of the thoracic esophagus pathology]. Sibirskii medicinskii zhurnal. 2012;2:108-14. Russian.

4. Tamuliavichiute DI, Vitenas AM. [Diseases of the esophagus and cardia]. Moskva, Medicina. 1986;223. Russian.

5. Chernousov AF, Bogopolskii PM, Kurbanov FS. [Surgery of the esophagus]. Moskva, Medicina. 2000;352. Russian.

6. Starkov JuG, Solodinina EN, Novozhilova AV. [Endoscopic ultrasonography in the choice of treatment tactics for patients with submucosal neoplasms of the upper gastrointestinal tract]. Tihookeanskii meditsinskii zhurnal. 2011;4:49-52. Russian.

7. Fedorov ED, Inoue H, Shapovalyants SG, Plahov RV, Galkova ZV, Yudin OI, et al. [Endoscopic removal of non-epithelial esophagus formations by tunneling the submucosal layer by dissection: first experience in Russia]. *Hirurgicheskaya gastroenterologiya*. 2012;10:30-34. Russian.

8. Yakovenko VO. [The first experience in Ukraine of performance of the endoscopic submucosal tunnel dissection of giant cardiac esophageal lipoma]. *Suchasna gastroenterologiya*. 2014;5:56-60. Russian.

9. Dendy M, Johnson K, Boffa DJ. Spectrum of FDG uptake in large (>10 cm) esophageal leiomyomas. *J Thorac Dis*. 2015 Dec;7(12):E648-51. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2015.11.64

10. Argote-Greene LM, Martin-Del-Campo LA, Torres-Villalobos G, Santillan-Doherty P. Enucleation of esophageal leiomyoma by video-assisted thoracic surgery. *Multimed Man Cardiothorac Surg*. 2010 Jan 1;2010(1014). doi: 10.1510/mmcts.2008.003467

11. Łochowski MP, Kozak K, Rębowski M, Kozak J. Intramural esophageal tumors. *Kardiochir Torakochirurgia Pol*. 2016 Dec;13(4):319-21. doi: 10.5114/kitp.2016.64873

12. Zhang Z, Ai B, Liao Y, Liu L, Liu M. Novel methylene blue staining technique for localizing small esophageal leiomyomas during thoracoscopic enucleation. *Dis Esophagus*. 2016 Nov;29(8):1043-7. doi: 10.1111/dote.12441

Стаття надійшла до редакції
18.09.2018



УДК 616.12-008.331.1:616.125-008.313-036-07

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4.153005>

**М.І. Яловенко,
О.О. Ханюков**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра внутрішньої медицини 3
(зав. – д. мед. н., проф. О.О. Ханюков)
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Internal Medicine 3
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: Y.marusia@gmail.com

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, фібриляція передсердь, ішемічна хвороба серця

Ключевые слова: артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца

Key words: arterial hypertension, atrial fibrillation, ischemic heart disease

Реферат. Особенности течения артериальной гипертензии у пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий. Яловенко М.И., Ханюков А.А. Артериальной гипертензией (АГ) страдает более 30% населения мира. АГ - один из важных факторов сердечно-сосудистого риска. Наличие АГ ассоциируется с 1,5 - кратным повышением риска фибрилляции предсердий (ФП). ФП представляет собой наиболее распространенное нарушение ритма сердца в популяции. На сегодняшний день ФП рассматривается как потенциально летальная аритмия, учитывая широкий спектр ее негативных последствий, связанных не только со значительным ухудшением качества жизни пациентов, но и достоверным увеличением частоты серьезных осложнений и смерти. Цель работы: изучить особенности течения АГ, характер поражения органов-мишеней у больных с ИБС с и без нарушения ритма по типу постоянной формы ФП. В исследование включили 78 пациентов (средний возраст 66,3±1,0 года, большинство из которых мужчины – 43 (55,1%)). Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу (n=42) составили больные с АГ, ИБС и постоянной формой ФП, во 2 группу (n=36) вошли пациенты с АГ и ИБС без нарушения ритма сердца. Анализ частоты поражения органов-мишеней в 1 и 2 группе показал, что III стадия АГ выявлена у 25 (59,5%) пациентов 1 группы и у