

У 15 пацієнтів, которым проводилась имплантация ОТП в участки печени с наиболее выраженным циррозом, в отдаленном периоде летальности не было, отмечалась стабилизация и улучшение функциональных проб печени.

Выводы. Анализируя полученные результаты, следует отметить, что эндоскопический локальный гемостаз позволяет эффективно остановить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени в 81% случаев.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Грубник Ю.В., Плотников А.В., Юзвак А.Н., Фоменко В.А., Московченко И.В.
Одесский национальный медицинский университет. г. Одесса, Украина

В последнее десятилетие отмечается значительный рост числа пострадавших с закрытыми травмами живота. Это связано с общим ростом травматизма и дорожно-транспортных происшествий. Главенствующее место среди повреждений органов брюшной полости занимают повреждения печени и селезенки, обусловленные большим объемом органов, низкой упругостью их паренхимы и относительно большим весом. Повреждения печени сопровождаются большой кровопотерей, геморрагическим и желчным перитонитом, что значительно отягощает состояние больного и увеличивает послеоперационную летальность.

Отсутствие четкого лечебно-диагностического алгоритма в лечении этой категории больных приводит к необоснованному расширению показаний к лапаротомии, что значительно увеличивает летальность.

Цель работы. Снижение летальности на основе внедрения диагностико-лечебного алгоритма с использованием ультразвуковой, компьютерной и видеолaparоскопической диагностики в сочетании с малоинвазивными операциями.

За последние 3 года в Городской центр сочетанной травмы было доставлено 1456 больных с тяжелой политравмой. Всем больным выполнялись общепринятые методы обследования, лабораторные обследования, рентгенография ультразвуковое обследование органов брюшной и грудной полостей, компьютерная томография, а также лапароскопия, постановка шарящего катетера по показаниям. Из общего количества 1456 больных с закрытой травмой живота у 218 больных была диагностирована травма печени. Мы пользовались международной классификацией травмы печени по LIS (*Liver Injury Scale*), где имеются 6 степеней травмы печени. У 51 больных ввиду крайне тяжести состояния и наличия повреждения печени, а также почек, селезенки, мочевого пузыря, сосудов брыжейки, тонкого и толстого кишечника была произведена лапаротомия с ушиванием разрывов печени, спленэктомией, ушиванием разрывов почек, мочевого пузыря, тонкого и толстого кишечника.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОБУСЛОВЛЕННЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Грубник Ю.В., Нетков А.Д., Юзвак А.Н., Московченко И.В.
Одесский национальный медицинский университет. г. Одесса, Украина

Острая кишечная непроходимость, осложненная кровотечением, обусловленная колоректальным раком является тяжелым заболеванием желудочно-кишечного тракта с высоким уровнем летальности, а выбор оптимальных методов лечения позволяет снизить смертность и улучшить результаты лечения данной патологии.

Цель исследования. Снижение летальности и количества послеоперационных осложнений за счет применения эндолапароскопических операций.

Методы и материалы. Под нашим наблюдением находилось 107 больных поступивших в клинику с явлениями острой кишечной непроходимости. Из 107 пациентов 57 были мужского пола и 50 женского. Средний возраст составлял 65 лет и колебался от 45 лет до 85 лет. Практически все больные поступили в клинику с различной степенью выраженности явлениями острой кишечной непроходимости.

Все больные при поступлении обследовались согласно стандартным методикам: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, печеночные пробы, определялся уровень белка в крови, коагулограмма и креатинин. Всем больным проводилось обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки. 33 больным было проведено компьютерное исследование толстого кишечника с введением контраста «виртуальная колоноскопия», 21 больному была произведена urgentная иригоскопия.

Из 107 пациентов у 35 больных наряду с острой кишечной непроходимостью наблюдалась кишечная кровотечение. Кровоточивость легкой степени с дефицитом ОЦК до 700 мл. была в 12 случаях, в 15 случаях была кровопотеря средней степени тяжести с дефицитом ОЦК до 1500 мл., в 4 случаях кровопотеря была тяжелой степени с дефицитом ОЦК свыше 1500-1700 мл. Из 35 больных, у которых наблюдалось кишечное кровотечение, 18 больным было произведена колоноскопия с последующей верификацией источника кровотечения и произведением электро- и лазерной фотокоагуляцией кровоточащих сосудов опухоли.

ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Гула Г.В., Ступницький А.І., Подольська З.І., Артошенко М.Є.
Медичний центр Святої Параскеви, м. Львів, Україна

Вступ. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є поширеним хронічним захворюванням, що погіршує якість життя пацієнта, а також є чинником ризику аденокарцином шлункової кишки. Езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) є безумовно необхідним компонентом діагностично-лікувального алгоритму у випадку ГЕРХ.

Мета роботи. Вивчити частоту та ендоскопічні особливості ГЕРХ у пацієнтів, яким виконано діагностичну ЕГДС.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів ЕГДС у 2000 пацієнтів. При ендоскопічному обстеженні застосовували відеосистему Fujinon EPX-4400 HD, статистичне опрацювання даних проводили за допомогою пакету програм Statistica 8.0.

Рентгенендоваскулярна емболізація селезеночної вени, лапароскопічна деваскуляризація абдоминальної частини пищевода і перев'язка лівий шлункової артерії і вени, коротких вен шлунка дозволяють достовірно знизити ризик рецидива кровотечень і летальність в віддаленому періоді.

Застосування ОТП у больових з циррозом печінки дозволяє поліпшити функціональні проби печінки, що свідчить про зупинку процесу фіброзу печінки.

У 167 больових нами вироблена діагностична лапароскопія. При виявленні разрывов печінки I, II, III ступеня по LIS нами у 128 больових удалось виробити лапароскопічну операцію по зупинці кровотечень із рани печінки. Із них ушивання рани печінки вироблено в 57 випадках, в 45 — електрокоагуляція і аргоноплазматична коагуляція, ушивання рани з фіксацією сіткою — в 41 випадку, холецистектомія — 2 випадку. При травмі печінки I ст, которое наблюдалось у 54 больових і было выявлено при УЗИ — мы проводили діагностичний моніторинг стану разрыва каждые 6-8 часов. В результаті динамічного УЗИ, комп'ютерного дослідження, а також моніторингу динаміки лабораторних показувачів крові, если не было ухудшения динамики больових при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и увеличения количества свободной жидкости в брюшной полости — мы ограничили консервативным ведением 35 больових. У 19 больових, у которых наблюдались на УЗИ обледования увеличение количества крови в брюшной полости — были произведены лапароскопические операции. Із общего количества больових с закрытой травмой печінки в 39 випадках ввиду поврежденій печінки 4-5 ст, а также поврежденій селезенки і кишечника после лапароскопії мы перешли на лапаротомію с последующим ушиванием раны печінки і спленэктомією.

В 110 випадках, при значительных кровотечениях мы использовали аппарат *Cell Saver 5* для реинфузии излившейся в брюшную полость крови.

Умерло 5 больових. У трех больових травма печінки сопровождалась также тяжелой черепно-мозговой травмой і повреждением мозга не совместимыми с жизнью. 2 больових умерли в результате пневмонии.

Выводы. Применение лечебно-диагностического алгоритма с применением современных методик УЗИ, компьютерного обследования, позволяет определить степень повреждения печени и избежать ненужного оперативного лечения в 20% случаев.

У 28 больових после произведенной подготовки, была произведена urgentная колоноскопия, на которой была выявлена опухоль толстой кишки. В 4-х случаях нам удалось поставить толстокишечный стент, при помощи которого получилось расширить просвет кишки и ликвидировать кишечную непроходимость. Только в 17 случаях удалось под контролем эндоскопа провести двухканальный зонд, с последующим отмытием кишечника от каловых масс. После разрешения явления острой кишечной непроходимости больные были оперированы, через 3-5 суток после интенсивной предоперационной подготовки.

Результаты. В 14 случаях нами была произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомозом. В 12 случаях левосторонняя гемиколэктомия с одномоментным колоанастомозом. В 24 случаях произведена резекция сигмовидной кишки с удалением опухоли и выведением колостомы (операция Гартмана). В 17 случаях операция Гартмана была произведена лапароскопическим методом с использованием методики «*Hand Assistant*» и аппарата «*Liga Sure*».

В 40 случаях были произведены экстренные операции в виду нарастающих явлений кишечной непроходимости, клиники перфорации, перитонита и профузного кровотечения. Із них у 23 больових произведена резекция толстой кишки с удалением опухоли і произведением колостомии. У 17 больових с тяжелой сопутствующей патологией, произведено в качестве первого этапа наложение колостомы с последующей резекцией опухоли через 7-10 дней. Із 107 больових умерло 3. Это были больные с тяжелой сопутствующей патологией старше 80 лет. У 18 больових нагноились послеоперационные раны, у 3-х больових развилась пневмония.

Выводы. Применение эндоскопических методов диагностики и лечения у больових с острой кишечной непроходимостью, осложненной кровотечением, обусловленных колоректальным раком, позволило значительно снизить летальность и произвести радикальные одномоментные операции у 30% больових.

Результаты. Клінічні ознаки ГЕРХ встановлено у 76,6% обстежених. ЕГДС-негативну форму виявлено у 3,5% пацієнтів із симптоматикою ГЕРХ. Серед скарг пацієнтів із ГЕРХ переважали наліт на язичку (65,7%; p<0,001), відрижка (54,3%; p<0,001), сухість у роті (45,7%; p<0,001), присмак кислого або гіркого відчували 31,4% (p=0,002), печію — 28,6% (p=0,003). Ендоскопічно у 96,5% пацієнтів із ГЕРХ виявлено рефлюкс-езофагіт, із них: ступінь А за Лос-Анжелескою класифікацією — 22,9%, ступінь В — 8,6%, ступінь С — 2,8%, ступінь D — 0,9%. Мінімальні ендоскопічні ознаки рефлюкс-езофагіту візуалізовано у 61,3%. Циліндричну метаплазію шлункової кишки підтверджено використанням технології FICE, відзначено у 3,4% обстежених із ГЕРХ. Стан кардіальної складки II ступеню