

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 поврежденных 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 кишечное 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 кровотечення і летальності в віддаленому періоді.

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

У 167 больових нами вироблена діагностична лапароскопія. При виявленні разрывов печені І, ІІ, ІІІ ступені по LIS нами у 128 больових удалось виробити лапароскопічну операцію по зупинці кровотечення із рани печені. Із них ушивання рани печені вироблено в 57 випадках, в 45 — електрокоагуляція і аргоноплазменная коагуляція, ушивання рани з фіксацією сіткою — в 41 випадку, холецистэктомія — 2 випадку. При травмі печені І 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, компьютерного дослідження, а также моніторингованню 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 консервативним веденням 35 больових. У 19 больових, у которых наблюдались на УЗИ обледования увеличение количества крови в брюшной полости — были произведены лапароскопіческие операции. Із общего количества больових с закрытой травмой печені і кишечника после лапароскопії мы перешли на лапаротомію с последующим ушиванием ран печені 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 печені 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 исследования, позволяет определить степень повреждения печені 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 и произведением колостомы. 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 ІІ ступеню

відзначено у 31,4%, III — у 57,1%, IV — у 11,4%. Зміщення шлунково-стравохідного з'єднання та частини шлунка крізь хіатус виявлено у 65,7% пацієнтів із GERX. Отже, зміни хіатуса у 71,4% оцінено як наявність ковзної хватальної кили. У 96,9% пацієнтів, яким було проведено рентгенологічне дослідження, діагностично хватальної кили підтверджено. Застосування внутрішньовенної анестезії від'ємно корелювало із ступенем недостатності хіатуса ($r=-0,41$; $p=0,013$) та ковзанням стравохідно-шлункового з'єднання крізь хіатус ($r=-0,45$; $p=0,007$).

Висновки. Ендоскопічне обстеження дає змогу з високою достовірністю встановити діагноз GERX та ковзної хватальної кили, прицільно скерувати пацієнта із GERX на

рентгенологічне дослідження шлунка з метою оцінки стану хіатуса. ЕГДС при GERX діагностично цінною слід вважати лише за умови детального огляду ділянки стравохідно-шлункового з'єднання та хіатуса, з обов'язковим прицільним оглядом у інверсії. З огляду на зазначене, виправданим є оснащення ендоскопічної служби цифровими ендоскопічними системами з високою роздільною здатністю та їх широке застосування з метою точного скринінгу захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема — GERX та ковзної хватальної кили. Суттєво вищу точність у діагностиці ковзних хіатальних кил продемонструвала ЕГДС без застосування загального знечудження. Подальшим важливим кроком повинно бути впровадження ендоскопічних методів лікування GERX.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЯТРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Дронов А.И., Насташенко И.Л., Негря Е.В., Рагушин Д.А., Насташенко А.И.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра общей хирургии №1, г. Киев, Украина

Введение. Частота повреждений внепеченочных желчных протоков (ЖП) при открытой холецистэктомии (ХЭ) составляет 0,1–0,3%, с внедрением лапароскопической ХЭ увеличилась до 0,4–3,0%. Реконструктивные и восстановительные операции на ЖП технически сложны, сопровождаются большим числом осложнений — 10–47%, и высокой летальностью — 5–28%. В связи с этим у данной категории больных все большее распространение получают малоинвазивные, в частности — эндоскопические методы восстановления желчеоттока.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с ятрогенной патологией внепеченочных ЖП за счет включения в схему их лечения эндоскопических эндобилиарных вмешательств (ЭЭВ).

Материалы и методы. В наших наблюдениях ятрогенная патология внепеченочных ЖП была представлена нарушением их проходимости (полным или частичным), т. е. билиарной обструкцией и нарушением целостности протоков с развитием внешнего желчеоттока — наружных желчных свищей (НЖС). Достаточно распространенным было сочетание этих патологических состояний, достоверно установить его частоту практически невозможно ввиду субъективности оценки результатов обследований фигурантами лечебного процесса — хирургами и эндоскопистами. В исследование включены пациенты с частичными стриктурами ЖП и частичными НЖС.

При НЖС первым этапом выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (в 28,5% случаев обеспечивая закрытие свища), при ее неэффективности вторым

этапом выполняли наружное (назобилиарное) или внутреннее (стентирование) дренирование ЖП. При выявлении значительного по размерам и дебиту желчеоттока дефекта ЖП через назобилиарный дренаж (НБД) проводили активную аспирацию желчи, обтурируя зону повреждения баллоном Фогарти либо отграждая ее от тока желчи покрытым саморасправляющимся металлическим стентом (СМС).

ЭЭВ при частичных стриктурах ЖП были направлены на их долговременную принудительную дилатацию путем установки через зону сужения нескольких пластиковых стентов или непокрытых СМС. Последние являются более предпочтительными, поскольку в меньшей мере подвержены обтурации вследствие инкрустации желчными солями и, соответственно могут быть оставленными в ЖП на более длительный срок: 4–11 (в среднем 6,2) и 15–24 (в среднем 18,4) месяцев соответственно.

Результаты. Применение указанной тактики лечения позволило добиться закрытия частичных НЖС во всех случаях: после чего НБД извлекали через 3–4 суток, пластиковые стенты — не менее чем через 2 недели после полного закрытия свищевого канала, сроки удаления СМС рассматривались индивидуально.

Ближайшие результаты эндоскопического лечения частичных стриктур ЖП оценены как удовлетворительные, отдаленные, учитывая длительность формирования фиброзно-рубцовых изменений в зоне альтерации, требуют дальнейшего изучения.

Заключение. Высокая эффективность ЭЭВ при ятрогенной патологии внепеченочных ЖП позволяет рассматривать их как метод выбора лечения данной категории больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАНЮЛЯЦИЯ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ И ЕЁ ПРОЛОНГИРОВАННАЯ БЛОКАДА С ТИОТРИАЗОЛИНОМ В ПРОГРАММЕ ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Введение. Лечебная лапароскопия является эффективным методом в лечении асептического панкреонекроза, осложнённого перитонитом. Лишь некоторые хирурги используют блокаду круглой связки печени (БКСП).

Цель исследования. Изучить возможности пролонгированной лапароскопической БКСП с включением тиютриазолина в программу лечения асептического панкреонекроза.

Материал и методы. В клинику общей хирургии ЗГМУ у 34 пациентов с панкреонекрозом после всестороннего обследования и проведения базисной консервативной терапии, оказавшейся неэффективной, выполнена лапароскопия аппаратом фирмы "Karl Storz" (Германия) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. Мужчин — 18 (52,9%), женщин — 16 (47,1%) в возрасте 21–82 года. Диагностирован асептический панкреонекроз, ферментативный перитонит. Лечебный этап исследования заключался в аспирации перитонеального выпота и объёме 250,0–2000,0 мл (амилаза выпота от 64 до 512 г/ч), дренировании сальникового сумки, поддиафрагмального и подпечёночного пространств, малого таза. Кроме этого у 9 (26,5%) пациентов осуществлена лапароскопическая холецистостомия. Всем больным канюлирована круглая связка печени под контролем лапароскопа, после чего вводили разработанный лекарственный состав — 400 мл 0,25% раствор новокаина, 2 мл 2,5% раствор тиютриазолина, 5 мл фторурацила, 2 мл но-шпы. 20 000 ед. контрикала, 2 мл кана-

мицина. В последующие 4 суток ежедневно вводили выше приведенные препараты по катетеру, установленному в круглую связку печени. Добавленный тиютриазолин обладает многокомпонентным действием — гепатопротекторным, противовоспалительным, иммуномодулирующим, противошоковым, мембраностабилизирующим, антиоксидантным, ангиальным.

Результаты. Болевой синдром у 25 (73,5%) пациентов купирован по окончании блокады, у 9 (26,5%) — в течение 1–2 суток. Клинические симптомы патологии регрессировали. Восстановлена функция желудочно-кишечного тракта. Отделяемое по дренажам прекратилось спустя 1–2 суток. Амилаза крови уменьшилась со 176 до 23 г/ч, диастаза мочи — с 4096 до 64 ед. с нормализацией к 4–5 суткам. Нормализовались также показатели общего анализа крови. Быстро, на 3–5 сутки, пришли к норме биохимические показатели крови. Ультразвуковой мониторинг выявил регресс патологических изменений. Несмотря на продолжение консервативную терапию у 3 (8,8%) больных патологический процесс прогрессировал с образованием инфицированного тотального панкреонекроза, развитием флегмоны брюшинного пространства, потребовавших лапаротомии.

Выводы. Лапароскопическая канюляция круглой связки печени и её пролонгированная блокада с включением тиютриазолина оказалась эффективной у 91,2% больных асептическим панкреонекрозом.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМОЙ ЖИВОТА ПО ДАННЫМ КОНТРОЛЬНО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Введение. Ранняя диагностика поврежденных органов при травме живота остаётся трудной задачей. Из дополнительных методов диагностическая лапароскопия (ДЛ) имеет наибольшую разрешающую способность, достигающую 92,9–99%. Однако, при некоторых повреждениях двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой в процессе ДЛ их можно не выявить. В связи с этим некоторые хирурги рекомендуют контрольно-динамическую лапароскопию (КДЛ).

Цель исследования. Анализ собственных наблюдений выполненных КДЛ.

Материал и методы. В клинику общей хирургии ЗГМУ с 2004 по 2013 годы ДЛ выполнена у 3074 больных с неотложной абдоминальной патологией. Показания к КДЛ установлены у 116 (3,8%) пациентов. Из них у 21 (18,2%) пострадавших имело место подозрение на повреждение органов брюшной полости при травме живота. Закрытая травма живота (ЗТЖ) была у 19 (90,5%) пациентов, торако-абдоминальное ранение (ТАР) — у 2 (9,5%). Мужчин было 13 (61,9%), женщин — 8 (38,1%) в возрасте 24–84 года. В шок и алкогольное отравление доставлены 18 (85,7%) пострадавших. Сочетанная травма была у 17 (81%) пациентов. Причиной травм у 11 (52,4%) лиц стало ДТП, у 5 (23,8%) — кататравма, у 5 (23,8%) — криминальная травма.

Результаты. После ДЛ у 11 (52,4%) пострадавших определена ЗТЖ без повреждения органов (илеус — 4, асептический панкреонекроз — 2, гематома брюшной стенки и

большого сальника — 2), у 2 (9,5%) — ранение не проникающее в брюшную полость. В последующем определены показания к КДЛ: у 15 (71,4%) пациентов заподозрено повреждение органов, у 3 (14,3%) — прогрессировал асептический панкреонекроз, у 1 (4,8%) — заподозрена перфоративная язва и у 2 (9,5%) — ТАР. До 6 часов после ДЛ выполнена КДЛ у 1 (4,8%) пострадавшего, в течение 6–12 часов — у 4 (19%), 1–2 суток — у 10 (47,6%), 3–5 суток — у 4 (19%) и 7–9 суток — у 2 (9,6%). В процессе КДЛ у 3 (14,3%) пациентов подтверждён илеус и у 2 (9,5%) — асептический панкреонекроз, у 3 (14,3%) — диагностирован разрыв тонкой кишки, у 2 (9,5%) — разрыв печени (чрескапсульный 6 сегмента — 1, подкапсульный 6–7 сегментов-1), у 1 (4,8%) — асептический панкреонекроз, у 1 (4,8%) — внебрюшинный разрыв мочевого пузыря, у 1 (4,8%) — илеус, у 1 (4,8%) — гемоперитонеум, у 2 (9,5%) — серозно-фибринозный перитонит, у 4 (19,1%) — ЗТЖ без повреждения органов, а у 2 (9,5%) — исключено ТАР. Перитонит выявлен у 9 (42,9%) пострадавших.

По результатам КДЛ определена лечебная тактика. Лечебная лапароскопия выполнена у 14 (66,7%) пациентов и неотложная лапаротомия — у 7 (33,3%). Умерли 4 (19%) пострадавших (острая сердечно-сосудистая недостаточность — 2, интоксикация — 2).

Выводы. Контрольно-динамическая лапароскопия позволила оптимизировать хирургическую тактику, выполнив у 66,7% пациентов лечебную лапароскопию и у 33,3% — неотложную лапаротомию, исключив опасные лапаротомии.