

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 кири. У 96,9% пацієнтів, яким було проведено рентгенологічне дослідження, діагностично хватальної кири 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 кири, 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 кири. 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 обеспечившая 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, осложненного 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 объеме 250,0–2000,0 мл (амилаза выпота от 64 до 512 г/ч), дренировании сальниковой сумки, поддиафрагмального и подпеченочного 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 тиютриазоллин 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.