

жінок — 23 (26,2%). Стентування виконували під загальним або в/в знеболюванням в рентген-ендоскопічній операційній. Під час встановлення стентів чи проведення дилатацій використали пряме рентгеноскопичне контролю в усіх випадках було обов'язковим.

Результати та їх обговорення. Завдяки проведенню балонної дилатації чи стентування в усіх хворих усунути порушення прохідності жовчівідних шляхів. Повне розкриття стента в стенозованій ділянці відбувалося протягом кількох діб. Після стентування з приводу стенозу дольових проток печінки в усіх спостереженнях зникла або суттєво зменшилася жовтяниця, явища холангіту та явища печінкової недостатності. Біліарне стентування необхідно здійснювати в найкоротший період після поступлення хворого в стаціонар та з максимальною точністю, враховуючи особливості конструкції пластикових та металевих стентів, що саморозправляється, що зменшує ризик їх міграції та, імовірно, оклюзії жовчних проток. Тому виникнення явищ холангіту і вторинної обструкції спостерігаються рідко.

Хоча ендоскопічне стентування є паліативним методом лікування механічної жовтяниці, проте воно є перспективне при нехпаліативному післяопераційному стенозі, первин-

ному склерозуючому холангіті. Біліарне стентування є альтернативою назобіліарному дренажу при розширенні проксимальної ділянки обструкції, особливо у пацієнтів похилого віку, забезпечує більший комфорт і суттєво покращує якість життя пацієнтів.

Комплексне використання можливостей сучасних методів ендоскопічного лікування дозволяє проводити повноцінну паліативну терапію інкурабельних хворих за поширеного, стенозуючого раку позапечіночних жовчних проток. Під час вибору методу внутрішньо-просвітної ендоскопічної маніпуляції необхідно зважати на загальний стан пацієнта, стадію, локалізацію і поширення патологічного процесу, а також матеріально-технічне оснащення ендоскопічного відділення.

Таким чином, порушення прохідності проксимальних відділів жовчних шляхів вимагає корекції в найкоротші строки та з мінімальною інвазивністю для хворого. Ендоскопічне лікування стенозу і стриктури запального і пухлинного генезу з використанням балонної дилатації та стентів, що саморозширюються, є більш ефективним, безпечним, надійним методом ендопротезування.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ БАЛОННАЯ ГИДРОДИЛАТАЦИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА

Журавский В.К., Козачук А.М., Разумейко И.В.

Киевская областная клиническая больница. Национальный институт рака.

Вступление. По данным литературы, после операций на пищеводе и кардиальном отделе желудка с наложением пищевода-желудочных и пищевода-кишечных анастомозов, рубцовые сужения в области анастомоза возникают в 9–30 % случаев.

Рубцовые сужения пищевода могут вызвать химические, термические ожоги пищевода, травматическое повреждение его стенок инородными телами.

Одним из наиболее эффективных на сегодня методом лечения рубцовых стенозов пищевода является баллонная дилатация, которая может проводиться как с помощью воздуха (пневмодилатация) так и с помощью жидкости (гидродилатация). Применение гидродилатации наиболее эффективно, так дает возможность проводить лечение более полноценно и с минимальным травматическим повреждением стенок пищевода.

Материалы и методы. Применяемые нами ранее методы лечения рубцовых стенозов электрокоагуляция, рассечение рубцовой ткани диатермической петлей, бужирование пищевода под рентгенологическим контролем по направляющей струне, оказались мало эффективными, с большим риском развития осложнений. Кроме того, эти методы не позволяют достаточно расширить место сужения и поэтому достичь стойкого результата. За последние 4 года нами проведено лечение 25 больных с рубцовыми сужениями пищевода методом эндоскопической баллонной дилатации. Послеоперационные стенозы были у 20 пациентов, стенозы после химических ожогов пищевода — у 5.

Баллонная дилатация проводилась баллонами фирмы *Boston Scientific* (США) диаметром 18–20 мм, длина баллона 8 см. Контроль положения баллона в пищеводе осуществлялся с помощью видеогастроскопа фирмы «*Olympus GIF-Q150*».

Все больные накануне госпитализировались в стационар, отделение торакальной хирургии КОКБ.

Количество сеансов дилатации колебалось от 3 до 8. Повторные сеансы проводились через 2–3 дня, до достижения достаточного стойкого расширения рубцового сужения. Контрольные осмотры после выписки из отделения выполнялись через 1 месяц. Поддерживающие сеансы проводились при рецидивах рубцового сужения по данным контрольной эзофагоскопии.

Всем больным до госпитализации была выполнена диагностическая эндоскопия с целью определения уровня и диаметра сужения пищевода. Для определения протяженности сужения, при невозможности проведения эндоскопа за область сужения, проводилось рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастом. Длительность сеансов дилатации составляла от 3 до 8 минут, в отдельных случаях была необходима коррекция положения баллона в месте сужения. После окончания сеанса дилатации осуществлялся эндоскопический осмотр для исключения кровотечения и повреждения стенки пищевода. В первые сутки больным назначались спазмолитики и обезболивающие препараты, в зависимости от выраженности болевого синдрома. Разрешался прием жидкой, не горячей пищи. На 2 сутки назначалась диета стол № 1, на 3 сутки проводился повторный сеанс дилатации.

Результаты. Всем больным после окончания лечения в стационаре и адекватного расширения просвета пищевода, пищевода-желудочного и пищевода-кишечного анастомозов на протяжении 3 месяцев нами проводились «поддерживающие» дилатации с интервалом в 2 недели. Хороший результат мы получили у 21 больного (84%), удовлетворительный у 3 пациентов (12%) и плохой у 1 пациента (4%). Последний был обусловлен большой протяженностью сужения до 10 см у больной после химического ожога пищевода.

Выводы.

1. Баллонная гидродилатация — это современный высокоэффективный метод лечения рубцовых стенозов пищевода.
2. Баллонная гидродилатация рубцовых стенозов пищевода различного генеза дает возможность восстановить проходимость по пищеводу с минимальной травматизацией и достичь стойкого клинического эффекта.
3. Этот метод дает возможность максимально избежать таких осложнений как перфорация и кровотечение.
4. Учитывая вероятность возникновения осложнений, баллонную дилатацию необходимо проводить только в условиях высокоспециализированного стационара, где есть возможность ликвидировать возникшие осложнения.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье.

Введение. Ранняя диагностика повреждений печени представляет значительные трудности. До внедрения инструментальных методов исследования ошибки составляли 20–25% и выше. По данным ряда авторов лапароскопия позволяет диагностировать повреждения печени, объём гемоперитонеума и определить лечебную тактику.

Цель исследования: изучить лапароскопическую семиотику повреждений сегментов печени при закрытой травме печени.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии ЗГМУ проанализированы истории болезней 48 пострадавших с закрытой травмой печени (ЗТП), подвергнутых лапароскопии аппаратом фирмы *Karl Storz* (Германия) по усовершенствованной методике *Kelling* с манипулятором собственной конструкции. Мужчин было 39 (81,3%), женщин — 9 (18,7%) в возрасте 10–76 лет. Сегменты печени классифицировали по С. Couinaud (1957).

Результаты. Выявлены прямые и не прямые лапароскопические признаки поврежденных сегментов печени, согласно которым, пациентов разделили на пять групп.

У 25 (52,1%) пострадавших, составивших I группу, визуализировали ступки крови, фиксированные в области чрескапсульных разрывов печени передних сегментов (S 2, 3, 4, 5, 6).

Во II группу включили 6 (12,5%) пациентов с подкапсульной гематомой печени (S 2, 3, 5, 6, 7) и 1 (2,1%) с расположением по всей поверхности правой доли.

III группу составили 8 (16,7%) пострадавших. Из них у 5 (62,5%) пациентов определены разрывы задних сегментов печени на основании исключения повреждения передних сегментов и преобладания гемоперитонеума в поддиафрагмальном и подпечёночном пространствах, правом латеральном канале. Наличие крови в объёме 2–2,5 л во всех

отделах живота не позволяло визуализировать органы, но преобладание крови в правой половине живота и, редко с плавающими ступками в области печени, у 3 (37,5%) пострадавших позволило диагностировать лишь разрыв печени.

IV группу составили 5 (10,4%) пациентов с разрывом желчного пузыря. Из них у 2 (40%) лиц диагностирован околопузырный инфильтрат, у 1 (20%) — увеличенный, синюшного цвета, напряжённый желчный пузырь, у 1 (20%) — гематома желчного пузыря и у 1 (20%) — спавшийся желчный пузырь.

V в группе, состоящей из 3 (2,6%) пострадавших, ЗТП лапароскопически не диагностирована. Причиной у 2 (66,7%) пациентов было отсутствие визуализации печени в связи с гемоперитонеумом 1,5–3,0 л, и у 1 (33,3%) — с выявленным лапароскопически разрывом селезёнки и гемоперитонеумом.

По результатам лапароскопии определена оптимальная лечебная тактика. Неотложная лапаротомия выполнена у 36 (75%) пострадавших. Послеоперационные осложнения развились у 11 (22,9%) лиц. Релапаротомия потребовалась у 1 (2,8%) пациентов. Умерли 3 (8,3%) пострадавших. Лечебная лапароскопия осуществлена у 11 (22,9%) пациентов. Осложнение развилось у 1 (9,1%) пострадавшего — гематома брюшной стенки в области порта.

Выводы. Лапароскопия позволила диагностировать разрывы передних сегментов печени у 66,7% пациентов и задних отделов — у 16,7%, разрыв желчного пузыря — у 10,4%. Диагноз разрыва печени лапароскопически не установлен у 6,2% пострадавших.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОСВОЕНИЯ МЕТОДИКИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Для диагностики острых хирургических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости внедрение лапароскопии, а затем и видеолапароскопии, показало, что диагностическая точность исследования достигает 95–100%. Независимая

малую их травматичность продолжают поиски дальнейшего снижения травматичности исследования, одним из направлений которых является внедрение диагностической минилапароскопии (ДМЛ).