

Результати та обговорення. 22 пацієнтам маніпуляцію було проведено один раз, решта 8 пацієнтів мали повторне втручання через 2 тижні (мультифокальний некротичний процес). Якщо локалізація некротичного процесу була в голові та тілі підшлункової залози (21 пацієнт), дренажування проводили через просвіт дванадцятипалої кишки. 9 пацієнтів мали локалізацію некротичного процесу у хвості залози, у них дренажування проводили через шлунок. У 14 пацієнтів ми використали тільки 4 контейнери, у 16 пацієнтів застосовували 5 або більше контейнерів (максимум 12 шт.). В одного пацієнта було зафіксовано ускладнення — шлунково-кишкова кровотеча. Кровотеча була зупинена ендоскопічно. Маніпуляції у 8 пацієнтів були доповнені лапароскопічним втручанням та дренажуванням рідинних скупчень під транскутанним УЗД.

Висновки. Запропонований метод є безпечним, забезпечує низький рівень пошкодження й травматизації оточуючих та прилеглих тканин без розрізів на шкірі та дає доступ до всіх частин підшлункової залози.

Вибір хірургічної тактики лікування метаплазій стравоходу в поєднанні з кістами стравохідного отвору діафрагми

Кебкало А.Б.¹, Парацій З.З.¹, Бондарчук Б.Г.¹, Тисельський В.В.¹, Лесик В.П.², Плем'яник С.В.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Актуальність. Стравохід Барретта — це захворювання, при якому нормальні клітини плоского епітелію, що вистилають нижній відділ стравоходу, замінюються перетвореним (метаплазованим) циліндричним епітелієм.

Актуальність цієї проблеми полягає в тому, що вірогідність виникнення залозистого раку в пацієнтів із циліндрично-клітинною (кишковою) метаплазією становить 0,5–0,8 % на рік, або 5–8 % протягом життя. Поширення метаплазії стравоходу у жителів Європи, за різними даними, коливається від 2 до 5 %. У той же час за наявності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) з кістами стравохідного отвору діафрагми (КСОД) або без неї циліндроклітинна метаплазія слизової оболонки діагностується в 10–15 % пацієнтів.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування метаплазій стравоходу в поєднанні з КСОД на основі раціонального використання малоінвазивних методів лікування.

Матеріали та методи. Виділили 2 групи хворих. У групи входили хворі з коротким сегментом стравоходу Барретта (до 3 см) та дисплазією I–II ст. У 1-й групі (26 хворих) пацієнтам за наявності КСОД на першому етапі виконувалось хірургічне втручання — лапароскопічна фундоплікація й крурорафія. Після операції, через 1 місяць, виконувалась аргоноплаз-

мова коагуляція (АПК) ураженої слизової, а потім проводились контрольні обстеження. У 2-й групі пацієнтів (24 хворі) спочатку виконувалась АПК з подальшою терапією інгібіторами протонної помпи (ІПП) та прокінетиками, а через 3–4 місяці (відстро-чувалось через виражений набряк стінки стравоходу (за даними ендоскопії) та велику ймовірність розвитку стенозу в ділянці кардіоезофагального переходу) виконувалась крурорафія та фундоплікація з наступним моніторингом стану пацієнта. Застосовувались загальноклінічні, лабораторні, інструментальні методи дослідження (ФГДС з біопсією, рН-метрія, рентгеноскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту), морфологічне дослідження біоптатів, статистичний метод дослідження.

Результати та обговорення. При виконанні оперативного втручання першим етапом ліквідується кіста й припиняється патологічне закидання агресивного вмісту зі шлунка в стравохід. У частини таких хворих (5 пацієнтів — 19,2 %) другий етап взагалі не виконується, тому що слизова нормалізується завдяки власним регенераторним можливостям. Після крурорафії з фундоплікацією АПК виконується через 1 міс. У другій групі хворі після виконання АПК на першому етапі 3–4 міс. приймають ІПП та прокінетики (чого немає у хворих 1-ї групи). Після чого виконується пластика кісти. У хворих другої групи порівняно з першою сумарна кількість сеансів АПК слизової стравоходу до та після фундоплікації значно вища (у 3 хворих другої групи (12,5 %) виконувалась повторна АПК). Гістологічна ремісія досягалась у хворих 1-ї групи на 115-й день \pm 7 днів, а у хворих другої групи — на 154-й день \pm 8 днів.

Висновки. З метою покращання результатів лікування метаплазій нижньої третини стравоходу в поєднанні з КСОД необхідно на першому етапі виконувати оперативне втручання в об'ємі крурорафії та фундоплікації, а на другому — АПК ураженої слизової. Тільки при такій послідовності зменшується тривалість лікування, ймовірність повторних АПК, і ця схема є економічно обґрунтованою (вигідною) для пацієнта.

Діагностичне та прогностичне значення показників функціонального стану нейтрофільних гранулоцитів крові при гострих некротичних панкреатитах

Кебкало А.Б.¹, Бондарчук Б.Г.¹, Лесик В.В.², Чантурідзе А.А.², Тисельський В.В.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Актуальність. Недооцінка хірургом особливості перебігу та тяжкості захворювання нерідко є причиною нерациональних лікувальних заходів. Тому практичний інтерес становить можливість раннього виявлення інфікованих форм гострого некротичного панкреатиту