

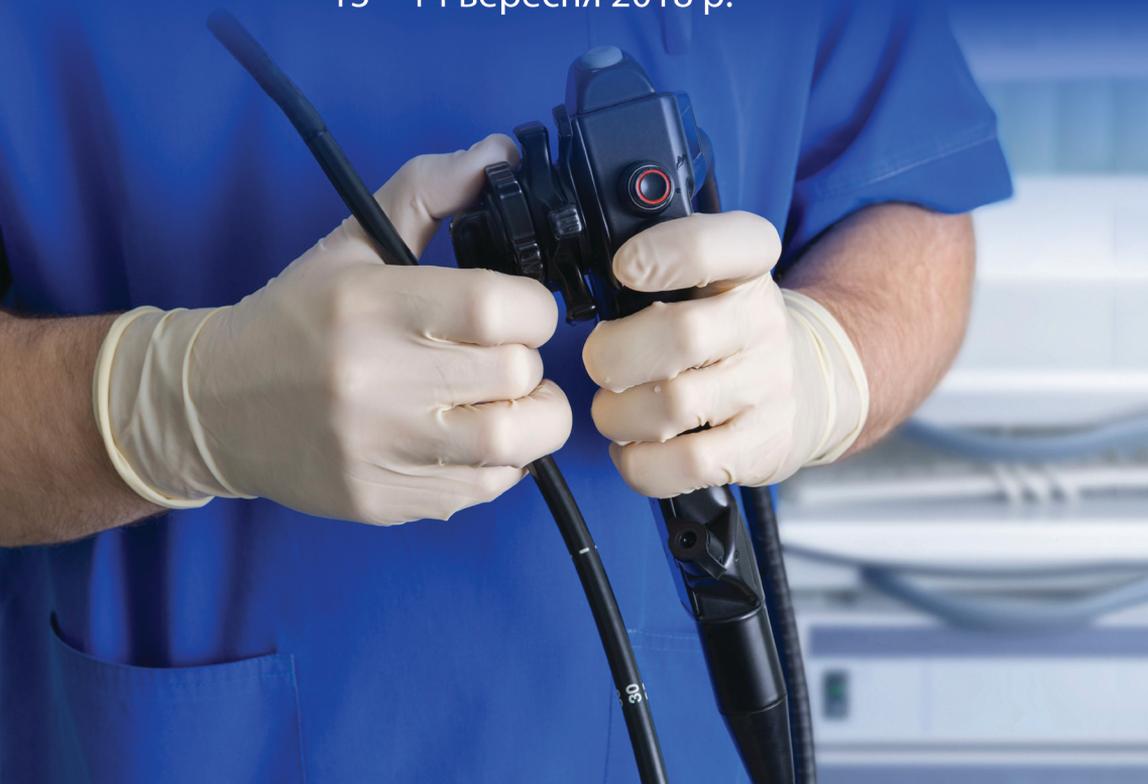


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ГО «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ»

# X симпозиум

**«Сучасна діагностична  
та лікувальна ендоскопія»**

Курорт Коблево, Миколаївської області  
13 – 14 вересня 2018 р.



**Матеріали симпозиуму**

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ  
ЕНДОСКОПІСТІВ”**

**X симпозиум**

**«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА  
ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»**

**Курорт Коблево, Миколаївська область, Україна**

**13–14 вересня 2018 р.**

**Матеріали симпозиуму**

31 хворого (58,5%). Середній час оперативного втручання в групі порівняння склав 287 хв. (240–370 хв.), середній об'єм крововтрати становив 340 мл (100–600 мл), середній час перебування в стаціонарі в післяопераційному періоді склав 15 діб (9–29), ускладнень у вигляді неспроможності анастомозу – у 1-го пацієнта на 5-ту п/о добу – клінічно незначуще, проведено консервативну терапію, та встановлено ендо-VAC систему з закриттям дефекту на 18 добу. У 1-го хворого в п/о періоді розвинулися явища спайкової тонкокишкової непрохідності (виконано релaparотомію, роз'єднання спайок). В групі дослідження – 405 хв. (370–480 хв.), 103 мл (50–200 мл), 10 діб (8–16) відповідно, ускладнення в 1-го пацієнта – гостра странгуляційна тонко кишкова непрохідність, проведено 1 повторне оперативне втручання. Летальних випадків в досліджуваних групах не було.

**Висновки.** Застосування мініінвазивних хірургічних втручань сприяє зменшенню вираженості післяопераційного болю, періоду перебування в стаціонарі, зменшенню інтраопераційної крововтрати. Слід зазначити, що дану процедуру доцільно виконувати в спеціалізованих медичних закладах з досвідом в мініінвазивній хірургії та хірургії стравоходу.

## **ОСОБЕННОСТИ УРГЕНТНОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ**

**Филоненко В.А., Лесной В.В., Лесная А.С.**

Областная больница интенсивной терапии города Мариуполь; Харьковский национальный медицинский университет

**Введение.** Оказание ургентной хирургической помощи в условиях дефицита времени, отсутствия полноценно собранного анамнеза требуют широкого внедрения дополнительных инструментальных методов исследования для своевременной диагностики и лечения острой абдоминальной патологии.

**Цель.** Проанализировать особенности ургентной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с абдоминальной патологией.

**Материалы и методы.** Произведен анализ лечения пациентов госпитализированных в хирургическое отделение с подозрением на острую абдоминальную патологию, которым по экстренным показаниям была выполнена ЭГДС. Всего проведено 489 ургентных ЭГДС 377 пациентам.

**Результаты исследования.** Среди urgentных ЭГДС выполненных у больных с подозрением на острое желудочно-кишечное кровотечение были верифицированы следующие нозологии: острая язва желудка (двенадцатиперстной кишки) – 96 (25,5%) больных, хроническая язва желудка (двенадцатиперстной кишки) – 47 (12,5%) больных, язва Дьюлафуа – 4 (1,1%) больных, синдром Мэллори-Вейсса – 13 (3,4%) больных, другие нозологии (эрозивно-геморрагические гастродуодениты, варикознорасширенные вены пищевода, опухолевые образования желудка) – 65 (17%) больных. Эндоскопическая диагностика кровотечения проводилась согласно классификации J.A. Forrest (1974): кровотечение F Ix – 9 (5,3%) больных; F Ia – 15 (8,8%) больных; F Ib – 37 (21,6%); F IIa – 44 (25,7%); F IIb – 29 (16,9%); F IIc – 23 (13,5%); F III – 14 (8,2%) больных. Всего urgentных ЭГДС выполненных у больных с подозрением на инородное тело пищевода было выполнено — 29, у 22 (75,9%) больных диагностировано инородное тело пищевода, у 7 (24,1%) больных инородное тело не было визуализировано, а субъективные ощущения были обусловлены поверхностными повреждениями в месте фиксации инородного тела. Причиной обструкции пищевода чаще всего были пищевые массы (мясные, рыбьи кости, крупные куски мяса, сала) – 16 (72,7%) больных, реже монеты, зубные протезы, пуговицы, дисковидные батарейки. Места локализации инородных тел соответствовали физиологическим сужениям пищевода (чаще в проекции I–II физиологических сужений), рубцовым стриктурам пищевода, возникшим в результате химических ожогов. Эндоскопическая техника зависела от размеров, характера фиксации и срока нахождения в просвете пищевода инородного тела. Эндоскопические манипуляции проводили под строгим визуальным контролем, без резких тракций. Осложнений эндоскопической процедуры не было.

**Вывод.** Urgentная ЭГДС является высокоинформативным диагностическим методом, что позволяет своевременно подтвердить острую хирургическую патологию: диагностировать источник кровотечения, выполнить стойкий эндоскопический гемостаз, произвести экстракцию инородного тела пищевода или желудка, что позволяет избежать urgentного полостного оперативного вмешательства и снизить летальность.