

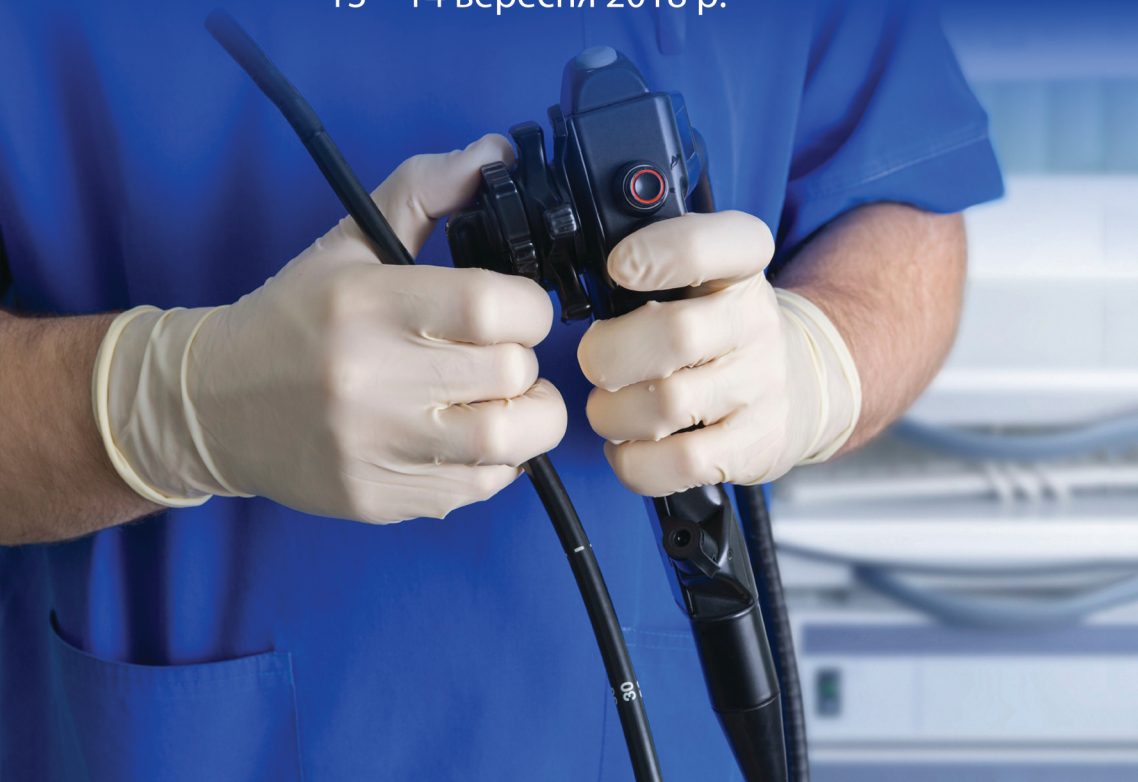


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ГО «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ»

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.