

(у 7-ми пацієнтів другої групи). Кожна операція закінчувалася стентуванням загальної жовчної протоки і вірсунгової протоки.

Результати. Не було жодного летального наслідку. Епітелізація слизової оболонки спостерігалася при контрольній відеодуоденоскопії на четверту добу після резекції у всіх випадках. У одного хворого 1-ї групи на другий день після резекції виникла кровотеча з судин м'язового шару. Кровотечу зупинили установкою кліпси для надійності гемостазу, та ін'єкцією розчину гелофузину. Інші ускладнення (перфорація, холангіт, панкреатит) не спостерігалися. У 1-ї пацієнтки 1-ї групи в біопсії до резекції були знайдені морфологічні ознаки вільозної аденоми з високим ступенем дисплазії, гістологічна картина зразків, що піддалися резекції, вже виявила високодиференційовану аденокарциному. У даної хворої надалі була виконана панкреатодуоденальна резекція.

Висновки. Ендоскопічна резекція великого дуоденального сосочка, яка має менший ризик ускладнень, ніж трансдуоденальні втручання, є альтернативою та операцією вибору при ампулярній аденомі. Папілосфінктеротомія та ампулектомія рекомендовані ASGE не тільки, як метод лікування доброякісних новоутворень, але і як спосіб нагляду за їх ростом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Трофимов Н.В., Чухриенко А.В., Крышень В.П., Задорожный В.В., Кузнецов Г.Э., Тарабаров С.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,
КУ «Днепровское КОСМП», г. Днепр.

Введение. За последние 5 лет по данным многих авторов отмечается возрастание почти в 2 раза числа случаев желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии, в частности – у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей кардиоваскулярной патологией.

Цель работы: На примере клинического случая язвы ДПК, осложненной кровотечением, у пациента с кардиоваскулярной патологией (постинфарктный кардиосклероз, установленный искусственный водитель ритма, сахарный диабет II типа) осветить эффективность существующих методов эндоскопии для разработки новых методов эндоскопического гемостаза.

Материалы и методы. Клинический случай. Пациент Ш., 73 лет, обратился в

хирургическое отделение КУ Днепропетровское КОСМП» с жалобами на рвоту «кофейной гущей», стул дегтеобразным калом, кратковременную потерю сознания. Болеет в течении 7 суток. Из анамнеза жизни известно, что на протяжении 15 лет страдает гипертонической болезнью. В 2014 году перенес инфаркт миокарда, в связи с которым установлен искусственный водитель ритма. На протяжении длительного периода пациент принимает «двойную» терапию: антикоагулянт, антиагрегант и гипотензивные препараты.

При проведении ЭГДС на верхне-боковой стенке определяется дефект до 0,6 см в диаметре с активным поступлением алой крови. Выполнен эндоскопический гемостаз комбинированным способом – инъекция раствора «Гелофузин» с последующей обработкой препаратом «Капрофер», так как применение методов электрокоагуляции противопоказано. На 2-е сутки у больного возник рецидив кровотечения. Эндоскопические мероприятия неэффективны. Выработаны показания к оперативному вмешательству. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В тонкой и толстой кишке – кровь. Произведена гастродуоденотомия. В желудке до 0,5 л жидкой крови со сгустками. В области луковицы двенадцатиперстной кишки определяется язвенный дефект до 0,6 см в диаметре, из которого поступает алая кровь. Кровотечение остановлено путем прошивания язвы узловыми матрацными швами. Произведена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. На 24-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Частота возникновения ЖКК как осложнения язвенной болезни желудка и ДПК по мнению многих авторов составляют 50–170 случаев на 100 000 населения. 2. При неуспешном эндоскопическом гемостазе вырабатываются показания к оперативному вмешательству на «высоте» кровотечения, что приводит к высокой послеоперационной летальности и большому числу послеоперационных осложнений. 3. Данная ситуация побуждает нас к разработке новых методов местного эндоскопического гемостаза у пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии с патологией сердечно-сосудистой системы, где применение существующих методов неэффективно.

СТОРОННЄ ТІЛО ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Тодуров І.М., Перехрестенко О.В., Косюхно С.В., Калашников О.О., Прохоренко О.К., Степанець М.В., Плегуча О.І.

Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій» м. Київ

Сторонні тіла ДПК, які виявляються під час езофагогастродуоденоскопії, становлять від 10 до 15 % за літературними даними. Клінічна картина і наслідки залежить від розміру, форми, структури та кількості сторонніх тіл