



Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
кафедра хірургії № 3
Київський міський центр по наданню медичної допомоги
хворим з шлунково-кишковими кровотечами
ГО «ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ»
Київська міська клінічна лікарня №12



2019

Наукова конференція «Діагностика та лікування шлунково-кишкових кровотеч»

м. Київ, 13 вересня 2019

Матеріали конференції

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
кафедра хірургії № 3

Київський міський центр по наданню медичної допомоги
хворим з шлунково-кишковими кровотечами

ГО “ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ”

Київська міська клінічна лікарня №12

Наукова конференція

**«ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ
ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ»**

м. Київ, 13 вересня 2019

Матеріали конференції

взятого під час ендоскопії (на першу та п'яту добу) у 5 хворих з виразковою хворобою шлунку ускладненою гострою шлунково-кишковою кровотечею, які піддалися заварюванню. А також досліджувався біопсійний матеріал у 2 хворих контрольної групи, яким проводилась противиразкова антихелікобактерна терапія без заварювання судин.

Результати. З 18 хворих у київській обласній лікарні проведений ендоскопічний гемостаз за допомогою апарату ЕК-300 МІ наступив первинний гемостаз у 16 хворих. Рецидивів – 2. У одного хворого з пенетруючою виразкою 12-палої кишки, у другого хворого з гігантської виразки антрального відділу шлунку, пацієнти були прооперовані (циркулярна дуоденопластика, резекція шлунку). З 37 хворих бази Київського міського Центру шлунково-кишкових кровотеч первинний гемостаз, за допомогою апарату ЕКВЗ-300 «Патонмед», наступив у 36 пацієнтів. Рецидив у одній хворій 38 років з виразкою шлунку задньої стінки, Forrest ІІа. Данні гістологічних досліджень біопсійного матеріалу, взятого під час ендоскопії (на першу та п'яту добу) у 5 хворих з виразковою хворобою шлунку ускладненою гострою шлунково-кишковою кровотечею, вказують, що заварювання не впливає на репаративні функції виразки під час лікування.

Висновки. Методика зварювання судин в ендоскопії на нашу думку – це ефективний, малоінвазивний метод зупинки гострих гастродуоденальних кровотеч, особливо з судин діаметру 1 і більше мм. Ця методика підлягає подальшому вивченню та вдосконаленню. Гістологічно доведено, що заварювальні технології, які застосовуються при ендоскопічному гемостазі при гострих виразкових гастродуоденальних кровотеч не впливають на репаративні функції клітин під час лікування.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ РАКУ ШЛУНКУ

Фомін П.Д., Пруднікова О.Б., Шепетько Є.М., Іванчов П.В., Курбанов А.К.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Кафедра хірургії №3, м. Київ, Україна

Вступ. Гострі ускладнення раку шлунку (ГУРШ) є надзвичайно актуальною проблемою у невідкладній хірургії органів черевної порожнини. Вибір оптимальної хірургічної тактики продовжує обговорюватись не лише в Україні, але і у світі через незадовільні результати лікування таких хворих.

Мета роботи. Визначити оптимальну хірургічну тактику у пацієнтів з ГУРШ.

Матеріали та методи. У Київському міському центрі надання допомоги хворим із шлунково-кишковими кровотечами з 2011 по 2018 роки ургентно госпіталізовано 244 пацієнтів з ГУРП: із шлунково-кишковою кровотечею – 198 (81,1%), перфوراцією – 9 (3,9%) та декомпенсованим стенозом – 37 (15,2%). Усім пацієнтам було проведено комплексне клінічне, лабораторне, рентгенологічне, КТ дослідження.

Результати. Середній вік пацієнтів становив $61,5 \pm 13,1$ рік. На жаль, у 124 пацієнтів (50,8%) рак шлунку діагностовано вперше при госпіталізації, а у 120 – (49,2%) встановлено раніше у інших медичних закладах. На підставі наших досліджень рак шлунку I стадії мали – 6 (2,4%) пацієнтів, II – 18 (7,4%), III – 89 (36,5%), IV – 131 (53,7%). Ступінь важкості кровотечі була помірною у 99 (50%) пацієнтів, середньої важкості – 41 (20,7%), важкою – у 53 (26,8%), 5 (2,5%) пацієнтів були госпіталізовані у стані геморагічного шоку. При екстренній ендоскопії було встановлено, що активність кровотечі F1 була у 14 (7,1%) хворих, FII у 134 (67,7%), FIII у 50 (25,2%) пацієнтів. Важкість кровотечі та ендоскопічна активність кровотечі залежали від локалізації та морфологічних особливостей пухлинного ураження. Ендоскопічні методи зупинки кровотечі були ефективними у 85,7% випадків, а короткотривало – у 14,3% хворих у випадках стигмати F1. Основними методами, які використовувались для ендоскопічного гемостазу були аргонплазменна коагуляція, електрокоагуляція та ендоскопічний гемостаз з використанням апарату для ВЧ зварювання і обробки живих тканин “Патонмед” серії ЕКВ3-300. На основі розроблених критеріїв запропонований алгоритм хірургічної тактики. У 119 (60,1%) було виконано різні види оперативних втручань: стандартні радикальні – у 95 (79,8%) хворих, із них померло 6 (6,3%) пацієнтів, нерадикальні – у 24 (20,2%), померло – 5 (20,8%). Екстренно на висоті кровотечі оперовано 8 (6,7%) хворих, із них померло – 3 (37,5%), у ранньому відстроченому періоді – 111 (93,3%), померло – 8 (7,2%). Радикальні операції були можливими у 95 (79,8%), померло – 6 (6,3%), нерадикальні – 24 (20,2%), померло – 5 (20,8%). Післяопераційна смертність – 11 (9,2%). Консервативна симптоматична терапія з повторним ендоскопічним гемостазом проведена 79 (39,9%) пацієнтам (відмовилися від оперативного втручання – 25 (31,6%), пізня стадія ракового процесу – 54 (68,4%)), померло – 20 (25,3%) хворих). Пацієнтів, у яких рак ускладнився перфорацією оперовано радикально – 3 (33,3%), нерадикально – 6 (66,7%), помер – 1 (11,1%) хворий. Пацієнтам з декомпенсованим стенозом після підготовки проведені радикальні оперативні втручання у 23 (62,2%) випадках, нерадикальні – 14 (37,8%); помер – 1 (2,7%) пацієнт.

Висновки. Хірургічна тактика при гострих ускладненнях раку шлунку залежить від морфологічних особливостей самої пухлини, виду ускладнень, локалізації процесу та термінів госпіталізації.