



Проаналізовано 300 випадків черепно-мозкової травми у поєднанні з алкогольною інтоксикацією у місті Чернівці протягом 2015 – 2019 років на базі нейрохірургічного відділення «Чернівецької лікарні швидкої медичної допомоги». Використовувались регресивний, дисперсійний і ранговий аналіз відповідно до критеріїв і вимог доказової медицини із застосуванням комп'ютерних технологій. Історії хвороб 300 пацієнтів, що склало 13,6 % від загальної кількості потерпілих з черепно-мозковою травмою та алкогольним сп'янінням. Із них 246 осіб – чоловіки (82%), 54 – жінки (18%). Під час аналізу частоти виникнення черепно-мозкової травми у поєднанні з алкогольною інтоксикацією було виявлено, що вік постраждалих становить у середньому 25-55 років (267 осіб – 89%), інші – 18-25 років (21 особа – 7%), старше 55 – 12 потерпілих (4%)

За ступенем тяжкості отриманих ушкоджень та рівнем алкоголю в крові потерпілих ми сформуваємо у три групи: *легку черепно-мозкову травму* – отримали 156 (52%) постраждалих (струс головного мозку, забій головного мозку легкого ступеня); *черепно-мозкову травму середнього ступеня тяжкості* – отримали 95 (32%) осіб (забій головного мозку середнього ступеня, підгостре і хронічне стиснення мозку); *важку черепно-мозкову травму* – отримали 49 (16%) людей (забій головного мозку важкого ступеня, дифузне аксональне пошкодження мозку, гостре стиснення мозку).

Отже, алкогольна інтоксикація має значний вплив на перебіг черепно-мозкової травми, оскільки значно ускладнює її діагностику, маскує клінічні прояви та спричинює ряд ускладнень. Черепно-мозкова травма у комбінації з алкогольним сп'янінням виникає переважно у потерпілих молодого та середнього віку, тобто, соціально активної категорії населення. Особливі діагностичні труднощі виникають при лікуванні хворих, які перебувають у важкому стані, так як буває не легко встановити, чим обумовлено порушення свідомості - травмою, крововтратою або алкогольною інтоксикацією.

Мишковський Ю.М.

СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РАНЬОГО РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧІ З ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ЛІТНІХ ХВОРИХ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

З огляду сучасного стану проблеми гострокровоточивої дуоденальної виразки відомо, що одним із найбільш ефективних способів ендоскопічного гемостазу у хворих з ендоскопічною стигматою за Forrest (F) I визнано поєднання термічного та ін'єкційного методів.

Метою дослідження є розробка ефективного способу запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки. Спосіб здійснювали наступним чином: використали окрім моноактивної гідродіатермокоагуляції, ендоскопічну ін'єкційну терапію розчином 5% транексамової кислоти, яка є інгібітором фібринолізу. Методика проведення ін'єкційного методу полягала у обколюванні кровоточивої судини з наступним стисненням її набряклими оточуючими тканинами. Виконували від 3 до 10 пульсів гідродіатермокоагуляції (в середньому - 5), а також вводили від 0,4 до 2,8 мл 5% транексамової кислоти (в середньому – 1,4±0,3 мл). Проводили обколювання в 3-4 точках по периметру виразки та протилежної стінки кишки.

Пацієнти з успішним ендоскопічним гемостазом, ендоскопічними стигматами F II та F III відносяться до групи ризику розвитку кровотечі. Тому, для попередження рецидиву кровотечі застосовували тривале підведення інгібіторів фібринолізу в комплексі “second look” ендоскопій (1 раз на добу) та постійного дуоденального зонду (500 мг транексамової кислоти кожні 8 годин) протягом 5 днів. За розробленим способом запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки проліковано 12 хворих із гостро кровоточивою дуоденальною виразкою, рецидив кровотечі виявлено у 1 пацієнта.



Отже, перевагою способу, що заявляється, є максимальна відповідність клінічному перебігу захворювання, що дозволяє проводити ефективний ендоскопічний гемостаз, запобігати ранньому рецидиву кровотечі, а також адекватний лікувальний тактичний підхід.

Москалюк О.П.

ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ВЕЛИКОМУ ДУОДЕНАЛЬНОМУ СОСОЧКУ

Кафедра хірургії № 2

Буковинський державний медичний університет

В останні десятиліття в діагностиці та лікуванні захворювань гепатопанкреатобілярної зони в усьому світі набула широкого розповсюдження ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ). Висока діагностична цінність, що досягає 93-99% порівняно з ультразвуковим дослідженням, дозволила даному методу зайняти високе місце в комплексі лікувально-діагностичних заходів. Однак, виконання маніпуляцій на такій складній анатомічній структурі як великий дуоденальний сосочок несе в собі небезпеку розвитку серйозних ускладнень, зокрема – гострого панкреатиту, що виникає у 2,6-5,3% хворих і на частку якого припадає до 40% усіх летальних результатів при виконанні ЕРХПГ.

Метою нашого дослідження став аналіз факторів розвитку гострого панкреатиту після проведення ЕРХПГ та способів їх корекції. Проведений аналіз 500 оперативних втручань, що виконані в центрі ендоскопічної хірургії Буковинського державного медичного університету з 2016 по 2020 рр., всі оперативні втручання були виконані однією бригадою на ендоскопічній відеосистемі OLYMPUS EVIS EXERA II. Найбільш типовими показами для проведення ендоскопічних втручань були: механічна жовтяниця обумовлена наявністю конкрементів в загальній жовчій протоці (50,4%), новоутворення гепатопанкреатодуоденальної зони (31,8%) та холедохолітіаз без ознак жовтяниці (6,2%).

Гострий панкреатит виник у 16 (3,2%) хворих, з них у 14 (2,8%) була набрякова форма, і у 2 (0,4%) пацієнтів – деструктивна. Ці 2 хворих були оперовані в термін від 2 до 6 діб від початку захворювання. Одна хвора з панкреонекрозом померла від інтоксикації, джерелом якої стала прогресуюча заочеревинна флегмона.

Діагностика цього ускладнення здійснювалася за допомогою даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Основним клінічним критерієм гострого панкреатиту після ЕРХПГ був виражений больовий синдром, який виникав відразу після виконання операції або через 6-12 годин. Одночасно зі зростанням больового синдрому, з'являлась тахікардія, блювання і підвищення рівня амілази крові. При сонографії у всіх випадках виявлені ознаки панкреатиту. Хворим призначалась консервативна терапія, що включала октрестатин або його аналоги, інгібітори протеаз, дезагреганти, антиоксиданти, спазмолітики. Одуження наступило в усіх хворих з набряковою формою панкреатиту. За нашими спостереженнями, причинами виникнення гострого панкреатиту після ЕРХПГ є тривала і травматична канюляція (10 (2%) хворих), підвищення внутрішньопотокового тиску при введенні контрастної речовини або провідника в панкреатичні протоки у 5 (1%) хворих. Іншою причиною є «травматична» папілотомія атипичним способом (10 (2%) хворих). В 3 (0,6%) хворих гострий панкреатит виник після виконання ендоскопічної дилатації термінального відділу холедоха балоном 15 мм в діаметрі. Нами відмічено, що постановка поліпропіленового стента в головну панкреатичну протоку при високому ризику виникнення гострого пост-ЕРХПГ панкреатиту дозволяє уникнути дане ускладнення.

Таким чином, рання активна лікувальна тактика в групі хворих з поєднанням різних факторів виникнення пост-ЕРХПГ панкреатиту дозволяє зменшити кількість та тяжкість перебігу даного ускладнення.