

процедуры. В первую группу включены 11 (11/18; 61,1%) пациентов, которым выполнялась подслизистая инъекция раствора адреналина (1:10000) с орошением спрей-катетером слизистой папиллы. Во вторую группу включены 7 (7/18; 38,8%) пациентов, которым выполнялась аргонплазменная остановка кровотечения (поток 1,5 л/мин, мощность 35 Вт). Обе группы были сравнимы по возрасту, нозологии, уровню риска кровотечения. В отдаленном периоде до 1 года проводилась оценка качества жизни пациентов с использованием международного опросника EORTC QLQ-C30. Результаты. У 3 (3/11; 27,3%) больных 1-й группы и у 3 (3/7; 42,8%) – II-й в послеоперационном периоде отмечалась преходящая гиперAMILаземия без клинических событий. Проявления пост-ЭРХПГ панкреатита были у 4 (4/7; 51,1%) пациентов II-й группы. В отдаленном периоде (до 1 года) у пациентов 1-й группы отмечалось достоверно лучшее качество жизни, по данным опросника EORTC QLQ C-30. Выводы. Выбор метода остановки кровотечения при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах должен основываться на принципах минимального инвазивного вмешательства, профилактических мер развития отека и спазма устья главного панкреатического протока. Применение APC-коагуляции является более травматичным методом остановки кровотечения и требует обязательного временного стентирования вирсунгова протока.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Киосов А.М., Курилова Д.В.

Научный руководитель, к.мед.н., доц. Избицкий В.В.

Запорожский государственный медицинский университет,

Кафедра факультетской хирургии, КУ УНМЦ ЗГМУ «Университетская клиника»

Центр диагностической и лечебной эндоскопии

Цель работы: определить возможности и клиническую эффективность комбинированных подходов в лечении ахалазии кардии с использованием эндоскопической пневмокардиодилатации и инъекций ботулотоксина при различных стадиях заболевания. Материалы и методы. Применялись инъекции препарата «Диспорт» и баллонная кардиопневмомодилатация. Содержимое флакона с ботулотоксином развели в 0,9% растворе натрия хлорида, чтобы получить раствор, содержащий 60 ЕД в 1 мл. В каждый из четырех квадрантов НПС производили 2 инъекции по 0,5 мл препарата «Диспорт» с концентрацией раствора 30 ЕД в 0,5 мл на расстоянии 1 см одна от другой. Результаты и их обсуждение. Клинический случай №1. Пациентка И., установлен диагноз: ахалазия кардии II стадии. Проведено комбинированное эндоскопическое лечение: инъекция препарата «Диспорт» в четыре точки кардиального сфинктера и изолированная ЭПКД. Клинический случай №2. Пациент В., установлен диагноз: ахалазия кардии II-III стадии. Пациенту проведена изолированная ЭПКД баллонном Витцеля. Клинический случай №3. Пациент Н., установлен диагноз: ахалазия кардии III-IV стадии, моторно-эвакуаторные нарушения пищевода тяжелой степени, угроза развития спонтанной перфорации. Проведено эндоскопическое лечение ахалазии пищевода комбинированным методом с помощью инъекции препарата «Диспорт» при одномоментно установленном баллоне для дилатации. Выводы: 1. Комбинированный эндоскопический метод значительно улучшает результаты лечения ахалазии пищевода, оказывая прямое воздействие на патогенетические механизмы ее развития. 2. С учетом эффективности лечения ахалазии пищевода инъекцией ботулотоксина и пневмокардиодилатации данный метод можно применять у пациентов с коморбидной патологией и высоким операционным риском как альтернативу лапароскопической кардиомиотомии по Геллеру, особенно у пациентов старших возрастных групп. 3. Неудовлетворительные результаты комбинированного эндоскопического метода лечения ахалазии кардии III-IV стадии в сроки до 2-х месяцев являются показанием к проведению хирургического лечения данной патологии.

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНУ ХВОРОБУ

Кірієнко В.О., Аббуд Аймен

Науковий керівник: Федотов В.П.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО

Псоріаз – поширений папуло-сквамозний дерматоз мультифакторної природи з хронічним рецидивуючим перебігом. На сьогоднішньому етапі дослідники відмічають, що взаємовплив захворювань, віку, статі, медикаментозного патоморфозу значно змінюють клінічну картину і перебіг псоріатичної хвороби, погіршують якість життя хворого, а також ускладнюють лікувальні заходи. Таким чином, метою нашого дослідження було вивчення у хворих на псоріатичну хворобу сукупності коморбідних станів. Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 60 хворих на псоріатичну хворобу. Результати. При детальному вивченні коморбідних станів у хворих на псоріаз виявлено, що у 45 (75%) пацієнтів відмічається підвищення маси тіла. При цьому, у чоловіків з підвищеною вагою найбільш часто зустрічається патологія серцево-судинної системи, а також захворювання шлунково-кишкового тракту. Слід відмітити, що зазначені патологічні стани зустрічались достовірно частіше у хворих на псоріаз з підвищеною вагою у порівнянні із хворими без підвищення ІМТ. У жінок, хворих на псоріаз із підвищеною масою тіла, найбільш частіше зустрічались захворювання ендокринної системи, кардіоваскулярна патологія, а також захворювання шлунково-кишкового тракту у порівнянні із хворими на