

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

интенсивной терапии и повторного эндоскопического вмешательства. Умерла одна (0,9%) больная старческого возраста.

У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение, в послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: острый панкреатит – 3 (2,9%) случая, нагноение послеоперационной раны – 2 случая (1,9%), подпеченочный абсцесс 1 (0,9%) случай, пневмония – 2 случая (1,9%) у 1 (0,9%) больного сформировался наружный желчный свищ. Умерло 2 (1,9%) больных старческого возраста в следствие прогрессирования интоксикации и развития полиорганной недостаточности.

Выводы.

1. Оптимальной тактикой лечения механической желтухи осложненной холангитом является эндоскопическая папиллосфинктеротомия в ближайшие 24–48 часов от момента поступления в клинику.

2. Профилактику острого панкреатита следует проводить с момента выполнения ЭПСТ продолжая в раннем послеоперационном периоде, с максимально возможной компенсацией состояния витальных систем организма.

Показання до однопортової холецистектомії у хворих з хронічним калькульозним холециститом

Б.С. Кравченко, В. М. Клименко

Запорізький державний медичний університет

Актуальність. На сьогоднішній день лапароскопічна холецистектомія безумовно є «золотим стандартом» лікування хворих жовчнокам'яною хворобою. Зі збільшенням хірургічного досвіду ряд обмежень та протипоказань до виконання лапароскопічної операції були неодноразово переглянуті та зведені до мінімуму.

Незважаючи на успіхи лапароскопічних технологій, прагнення хірургів зменшити операційну травму при виконанні холецистектомії неухильно зростає.

Еволюція хірургічного доступу направлена на зменшення довжини розрізу, що узгоджується з принципами мінімально інвазивної хірургії. Зниження травматичності операційного доступу можливе за рахунок зменшення кількості портів, застосовуючи технології однопортового лапароскопічного доступу.

Деяка складність позиціонування інструментів в черевній порожнині з можливим утрудненням дотримуватись принципів тріангуляції спонукає хірургів до визначення чітких критеріїв відбору пацієнтів, та встановлення показань до виконання однопортової холецистектомії у пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом.

Мета. Визначити показання до виконання однопортової холецистектомії у пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом.

Матеріали та методи. У проспективне дослідження включені 54 пацієнта за період 2016–2017 років, яким виконана однопортова лапароскопічна холецистектомія з приводу хронічного калькульозного холециститу

Усім хворим на доопераційному етапі проводилось ретельне ультразвукове дослідження (УЗД) з метою виявлення хронічного калькульозного холециститу та деталізації розмірів, товщини стінок та синтопії жовчного міхура, наявності зрощень в зоні шийки жовчного міхура. Оцінювались терміни камненосійства, випадки жовчної кольки, наявність пупкової грижі; вимірювався індекс маси тіла.

Результати. В усіх хворих виконана трансумбілікальна однопортова холецистектомія без встановлення додаткових троакарів. Дренування черевної порожнини не проводилось. У пацієнтів з пупковою грижею одномоментно виконувалась герніопластика з використанням сітчастого трансплантату. Усім пацієнтам після операції на другу добу (перед випискою) виконували УЗД черевної порожнини та м'яких тканин (даних за скупчення рідини та іншої патології черевної порожнини не було).

Висновки. Однопортова лапароскопічна холецистектомія є безпечною операцією і виконується без будь-яких утруднень за умов встановлення чітких показань на доопераційному етапі, а саме: деталізація УЗ критерії хронічного запалення жовчного міхура без інтра- та естравезикальних ускладнень, період каменосійства не перевищує двох років, не більше одного випадку жовчної кольки в анамнезі, наявність пупкової грижі, ІМТ – до 35 кг/м².

Ефективність застосування безкліпсової методики при виконанні лапароскопічної холецистектомії

В. М. Лазько, С. В. Конончук

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Волинська філія кафедри хірургії і ендоскопії ФПДО, Луцька ЦРЛ

Вступ. З часу виконання першої лапароскопічної холецистектомії тривають пошуки для подальшого її вдосконалення. Застосування нових технологій у модернізації лапароскопічної апаратури та інструментарію, використання однопортової лапароскопії, виконання операції за NOTES-технологією зробили значний крок до вдосконалення і одночасно в рази збільшили собівартість таких операцій. З урахуванням можливостей нашої медицини залишається актуальним, пошук нових методів та технологій, що дозволяють знизити фінансові затрати на лікування. Одним із таких є застосування безкліпсової методики при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на жовчнокам'яну хворобу.

Мета роботи. Проаналізувати результати лікування хворих із калькульозним холециститом, яким виконували лапароскопічну холецистектомію із застосуванням безкліпсової методики, для пошуку складових (факторів), які дозволяють покращити оперативне лікування даної патології.

Матеріали і методи. З грудня 2016 р. до лютого 2018 р. було виконано 100 лапароскопічних холецистектомій у хворих на жовчнокам'яну хворобу. Гострий калькульозний холецистит діагностували у 33 (33%) хворих, хронічний калькульозний – у 67 (67%). Жінок було 89 (89,9%), чоловіків – 11 (10,1%). Середній вік – 52 роки ($\pm 8,3$). У всіх пацієнтів цієї групи перекриття міхурової протоки та артерії виконували за безкліпсовою методикою: з допомогою високочастотної дозованої коагуляції в автоматичному режимі «зварювання». Для цього використали вітчизняний високочастотний генератор ЕКВЗ-300 марки «Патонмед» з 5-міліметровими лапароскопічними інструментами: біполярним дисектором типу «Мериленд» та інструментом для електролігування «LigaSure™ Blunt Tip» фірми «Covidien».

Результати і обговорення. Всім хворим було виконано лапароскопічну холецистектомію. Для закриття просвіту артерії та протоки жовчного міхура у 65 пацієнтів застосували біполярний дисектор, решті 34 хворим використали інструмент для високочастотної хірургії «LigaSure».