

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гайдаржи Е.И., Зубрик И.В.

Научный руководитель: акад. НАМНУ, член-корр. НАН Украины, проф. Никоненко А.С.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

Наиболее изученным типом кистозных образований поджелудочной железы являются псевдокисты. Заболеваемость псевдокистами поджелудочной железы составляет 0,5-1 случай на 100000 взрослого населения в год, а в общей структуре заболеваемости – 1,6 - 4,5 %. По данным Klorpef G., Beger H.G., Nabashi S. (2009) частота псевдокист достигает 75-90 % всех диагностированных кистозных образований поджелудочной железы. На сегодняшний день вопросы хирургического лечения данной патологии широко и достаточно подробно освещены в литературе (Ничитайло М.Е. и соавт., 2012). Однако относительно высокой остается частота послеоперационных осложнений – 11,6-80,0 %, количество рецидивов 25-57 %, летальность – 5,7-40 %, а дискуссии относительно оптимального метода хирургического лечения продолжают до сих пор. Подобная ситуация не может оставаться без внимания и требует продолжения активной работы в данном направлении. Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы. Материалы и методы. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 31 пациента с псевдокистами поджелудочной железы, которым были выполнены различные хирургические вмешательства. Женщин было 11 (35,5%), мужчин - 20 (64,5 %). Возраст пациентов варьировал от 28 до 72 лет, средний возраст - 46,6 ± 11,2 лет. В хирургическом лечении псевдокист применялись минимально инвазивные чрескожные методики дренирования под ультразвуковым контролем и лапаротомные оперативные вмешательства. Оперативные вмешательства с применением лапаротомного доступа выполнены 24 (77,4 %) пациентам. Характер операций был следующим: наружное дренирование псевдокисты - у 9 (29,0 %) пациентов, псевдоцистостомия на отключенной по Ру петле тонкого кишечника - у 8 (25,8 %) пациентов, псевдоцистостомия с энтеро-энтероанастомозом по Брауну - у 3 (9,6 %), псевдоцистогастростомия – у 2 (6,5 %), псевдоцистодуоденостомия - у 2 (6,5 %). Минимально инвазивное чрескожное наружное пункционное дренирование псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем было выполнено 7 пациентам (22,6 %). Полученные результаты. Ранние и отдаленные результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы оценивали как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Критерием отличных результатов являлось отсутствие рецидивов и клинических проявлений заболевания. Хорошими считались результаты при отсутствии рецидивов, но с появлением симптомов послеоперационной желудочной диспепсии (тошнота, отрыжка, дискомфорт, чувство тяжести или неясная боль в эпигастрии, изжога, регургитация), легко купируемых применением медикаментозной терапии. Удовлетворительными считали результаты при наличии рецидива псевдокисты, не превышающего 1/2 первоначального размера, случаи бессимптомных рецидивов или отсутствие длительного эффекта от медикаментозного лечения симптомов послеоперационной желудочной диспепсии. В группу неудовлетворительных результатов относили пациентов с рецидивом, превышающим 1/2 первоначального размера псевдокисты, и пациентов, которым понадобилось повторное оперативное вмешательство. В результате у 28 пациентов (90,4%) были получены отличные и хорошие результаты, неудовлетворительные результаты, потребовавшие выполнения реоперации, были отмечены только у 3 (9,6 %) пациентов. Выводы: 1) Клинически проявляющиеся псевдокисты поджелудочной железы, прогрессивно увеличивающиеся в размерах, с высоким риском развития осложнений (нагноение, кровотечение, компрессия соседних органов) являются абсолютным показанием к хирургическому лечению. 2) Показаниями к наружному чрескожному пункционному дренированию псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем являются: наличие доступного акустического окна, позволяющего относительно безопасно призвести хирургическую манипуляцию, отсутствие связи псевдокисты с протоковой системой поджелудочной железы, наличие тяжелой сопутствующей патологии, представляющей высокий риск для традиционного лапаротомного оперативного вмешательства. 3) Включение в общий протокол лечения наряду с общепринятыми лапаротомными вмешательствами минимально инвазивного чрескожного наружного пункционного дренирования псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем позволяет достичь отличных и хороших результатов у 90,4 % пациентов.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Гайдаржі Є.І., Ішук О.А.

Научный руководитель: акад. НАМНУ, член-корр. НАН Украины, проф. Никоненко А.С.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра госпітальної хірургії

Вступ: Золотим стандартом лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) визнана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), переважно завдяки поширеному використанню та чисельним мініінвазивним перевагам. Але, наряду з цим, поява нового мініінвазивного методу супроводжувалась і появою нових, специфічних цьому методу, хірургічних ускладнень (пошкодження позапечінкових жовчних проток, міхурової артерії та ін.), які дещо погіршують результати та дискредитують «золотий стандарт»

лікування. Мета роботи: покращити результати ЛХЕ шляхом удосконалення методів хірургічної профілактики та лікування її найпоширеніших ускладнень. Матеріали та методи: з 1998 по 2014 рік у клініці госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету виконано 3707 ЛХЕ. Серед пацієнтів жінки склали 3059 (82,5 %), чоловіки - 648 (17,5 %). Вік хворих варіював від 21 до 84 років. Середній вік склав $54,2 \pm 3,4$ років. Показанням до операції був хронічний калькульозний холецистит (ХКХ) - у 2484 (67,0 %) пацієнтів, гострий калькульозний холецистит (ГКХ) - у 1223 (33,0 %). Гострий простий (катаральний, інфільтративний) - у 947 (25,5 %) пацієнтів, деструктивний (флегмонозний, гангренозний) - у 276 (7,5 %). Ускладнений перебіг ЖКХ діагностовано у 1430 (38,6 %) пацієнтів. У хворих із ХКХ найчастіше зустрічалися: хронічна емпієма жовчного міхура - у 130 (3,5 %), холедохолітіаз - у 124 (3,4 %), водянка жовчного міхура - у 122 (3,3 %), вторинний панкреатит - у 64 (1,7 %). Серед ускладнень ГКХ переважали: навколومیуровий інфільтрат - у 735 (19,8 %) пацієнтів, місцевий перитоніт - у 142 (3,8 %), холедохолітіаз - у 86 (2,3 %), навколومیуровий абсцес - у 27 (0,7 %) хворих. У пацієнтів з ЖКХ, ускладненою холедохолітіазом, першим етапом виконувалася ендоскопічна папілосфінктеротомія з наступною ЛХЕ на 3-4 добу. Результати та їх обговорення. Під час виконання ЛХЕ ускладнення виникли у 40 (1,1 %) пацієнтів, при цьому у 23 (0,6 %) з ХКХ та у 17 (0,5 %) хворих з ГКХ. Серед пацієнтів з ХКХ найпоширенішими ускладненнями були пошкодження позапечінкових жовчних протоків (ПЖП) - у 10 (0,3 %) хворих, кровотеча з ложа жовчного міхура - у 5 (0,1 %) хворих, кровотеча з міхурової артерії - у 3 (0,1 %), формування підпечінкової гематоми - у 3 (0,1 %), жовчопідтікання з ходів Люшка - у 2 (0,05 %) пацієнтів. У 7 (0,2 %) пацієнтів ушкодження були розпізнані під час ЛХЕ, виконана конверсія та хірургічна корекція. У 16 (0,4 %) пацієнтів ускладнення були діагностовані в ранньому післяопераційному періоді та скореговані під час повторної операції. Серед пацієнтів з ГКХ найчастіше зустрінулись також пошкодження ПЖП - у 8 (0,2 %), кровотеча з ложа жовчного міхура - у 3 (0,1 %), підтікання жовчі з кукси міхурової протоки (міграція кліпси) - у 2 (0,05 %), жовчопідтікання з ходів Люшка - у 2 (0,05 %), формування підпечінкової гематоми - у 2 (0,05 %) пацієнтів. У всіх 17 (0,5 %) пацієнтів ускладнення діагностовані в післяопераційний період після ЛХЕ та потребували повторного хірургічного втручання. Загалом у 16 (0,5 %) пацієнтів з пошкодженням ПЖП виконували ушивання пошкоджень та дренивання холедоха за Кером, у 2 (0,05 %) - гепатикоєюностомію на змінному транспечінковому дренажі. Кровотечу з ложа жовчного міхура (8 (0,2 %)) зупиняли шляхом коагуляції та прошивання ложа, а жовчопідтікання (4 (0,1 %)) - шляхом перев'язки ходу Люшка. У 3 (0,1 %) хворих кровотеча з міхурової артерії була зупинена шляхом перев'язки артерії. При міграції кліпси (2 (0,05 %)) з кукси міхурової протоки виконували дренивання холедоха за Піковським, санацію та редренування черевної порожнини. У випадку формування підпечінкової гематоми (5 (0,1 %)) виконували релапароскопію з санацією та редренуванням підпечінкового простору. Для профілактики пошкоджень позапечінкових жовчних проток та міхурової артерії використовували запропонований спосіб виконання ЛХЕ, що полягав в пристінній субсерозній коагуляції дрібних гілок міхурової артерії в умовах інфільтративно-спайкового процесу та відсутності візуалізації магістрального стовбура міхурової артерії (патент України на корисну модель № 37046. - 2008) та своєчасну конверсію в мінімальний лапаротомний або традиційний лапаротомний доступи при безуспішних спробах виділення жовчного міхура протягом 15-20 хвилин біля шийки в умовах щільного підпечінкового інфільтрату або рубцевих зрощеннях в підпечінковому просторі, що сприяло зменшенню кількості ятрогенних пошкоджень під час ЛХЕ та пов'язаних з ними повторних хірургічних втручань. Висновки: 1. Пошкодження ПЖП та внутрішньочеревна кровотеча з ложа жовчного міхура або міхурової артерії є найпоширенішими ускладненнями ЛХЕ у хворих на ХКХ та ГКХ, що зустрічаються у 29 (0,8 %) пацієнтів. 2. У хворих на калькульозний холецистит із вираженими паравезикальними запально-інфільтративними або рубцево-склеротичними змінами показане використання методу пристінної деваскуляризації жовчного міхура, який забезпечує безпечне та нетривале виконання лапароскопічної холецистектомії. 3. Своєчасна діагностика ускладнень ЛХЕ, конверсія, релапароскопія або лапаротомія в ранньому післяопераційному періоді після ЛХЕ з метою хірургічної корекції цих ускладнень є заходом успішного лікування хворих на ЖКХ з використанням сучасних мініінвазивних лапароскопічних технологій.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гайдаржи Е.И., Чмуль К.О.

Научный руководитель: акад. НАМНУ, член-корр. НАН Украины, проф. Никоненко А.С.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

Одной из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии на сегодняшний день является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). При этом стремительно увеличивается интерес к данной патологии не только врачей общей практики и гастроэнтерологов, но и хирургов. Это связано с тем, что более чем в 95 % случаев к развитию ГЭРБ приводят грыжи пищевода отверстия диафрагмы (ПОД) различной степени, и только хирургическое лечение направлено на устранение основной анатомической причины ее развития. Ввиду этого, ведущее значение в лечении грыж ПОД, ассоциированных с развитием ГЭРБ, приобретает миниинвазивная лапароскопическая хирургия, а усилия хирургов направлены на улучшение результатов оперативного лечения данной патологии. Цель