

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІННИЦЬКОЇ ОДА**

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**“СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ
ХІРУРГІЇ”**

**20 травня 2016 року
м. Вінниця**

Науково–практична конференція “Сучасні досягнення ендоскопічної хірургії”
УДК: 617–089–072.1

Головний редактор – академік НАМН України, професор Мороз В.М.

Заступник головного редактора – проректор з наукової роботи, д.мед.н., професор Петрушенко В.В.

Відповідальні секретарі:

Гребенюк Д.І.

Радьога Я.В.

Паньків К.М.

Члени редакційної колегії:

Клімас Л.А.

Гребенюк Д.І.

Радьога Я.В.

У збірнику розміщено матеріали науково–практичної конференції “Сучасні досягнення ендоскопічної хірургії”.

За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори.

Андрющенко В.П., Козут Л.М., Андрющенко Д.В.

ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО– КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра загальної хірургії

Гострий панкреатит (ГП) залишається актуальною проблемою сучасної хірургії з високим рівнем летальності, відсутністю однозначних поглядів на лікувальну тактику та важкопрогнозованим перебігом захворювання. Функціональна та анатомічна близькість органів верхніх відділів шлунково–кишкового тракту (ШКТ) та підшлункової залози часто призводять до появи запально–дегенеративних ерозивно–виразкових змін слизової оболонки, а також моторно–евакуаторних розладів органів верхніх відділів травного каналу, що можуть бути виявлені під час ендоскопічного дослідження.

Проаналізовано результати ендоскопічного дослідження верхніх відділів ШКТ у 42 хворих на ускладнений панкреатит, що знаходились на стаціонарному лікуванні в міському панкреатичному центрі протягом 2015 року. Отримані дані співставлено з тяжкістю клінічного перебігу захворювання. Ендоскопічне обстеження хворих проводилось фіброендоскопами та відеоскопами “Olympus” та “Fujinon”.

Запально–дегенеративні ураження шлунка та 12 п.к. (гастропатії та дуоденопатії) спостерігались у 7 хворих (16 %), причому у поєднанні з ерозивно–виразковими ураженнями слизової верхніх відділів ШКТ – у 35 хворих (83,3 %). Ознаки гастропатії було виявлено у 16 (59%) спостереженнях, бульбопатії – у 8 (30%) хворих, дуоденопатія що поширювалась також і на ретробульбарні відділи 12 п.к. виявлена у 1 (4%) пацієнта. У 2 (8%) хворих виявлено поєднане ураження слизової – гастродуоденопатія. Серед гастропатій, вогнищева еритематозна антральна виявлена у 2 (8%) хворих, у 1 (4%) – дифузна еритематозна гастропатія, рефлюксна гастропатія спостерігалась у 11(44%) хворих, у 1 (4%) пацієнта, з супутнім цирозом печінки, виявлено застійну гастропатію. Ерозивний рефлюкс–езофагіт було виявлено у 20 (47%) обстежених, причому езофагіт ступеня А був у 14 (33%) хворих, ступеня В – у 6 (14%) пацієнтів. У одного хворого було виявлено вкрай важке та поширене пошкодження слизової стравоходу – так–званий «чорний стравохід».

Моторно–евакуаторні розлади, що проявлялись у недостатності замикальної здатності хіатуса, з мінімальними проявами езофагіту, виявлялись у 12 (28%) хворих. Ознаки гастростазу виявлено у 8 (19%) хворих. Дуоденогастральний рефлюкс відмічався у 21 (50%) хворого. Ознаки

дуоденостазу відмічено у 3(7%) хворих, відсутність жовчі в просвіті 12 п.к. виявлялась у 12 (28%) спостережень. У одного пацієнта виявлено ознаки папіліту. Екзодеформація шлунка чи 12 п.к. була виявлена у 5 (12%) хворих, антрального відділу шлунка – у 1 (2%) хворого, ретробульбарних відділів 12 п.к. – у 4 (8%) випадках. Констатовано наявність статистично значущої залежності між вираженістю органічних порушень (від гастро–дуоденопатій до ерозивних та виразкових уражень) та ступенем тяжкості ГП.

Висновки:

1. В клінічному перебігу ГП виникають запально–дегенеративні та моторно–евакуаторні порушення стравоходу, шлунка та 12 п.к., ступінь вираженості яких корелює з тяжкістю ГП.
2. Зміни, виявлені під час ендоскопії верхніх відділів ШКТ, потребують додаткової медикаментозної корекції, що слугує передумовою до покращення результатів лікування гострого панкреатиту та зменшує ризик виникнення супутніх ускладнень.

УДК: 616.366–002+616.366–003.7

*Василюк С.М., Осадець В.С., Гудивок В.І., Біцька І.В., Галюк В.М.,
Павлюк Н.М., Бурко М.Я.*

ОСОБЛИВОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ І КОЛОМІХУРОВИЙ ІНФІЛЬТРАТ

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»,
кафедра хірургії № 1

Проведений аналіз хірургічного лікування 149 хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом. Методом вибору оперативного лікування хворих була лапароскопічна холецистектомія. Як основний метод лікування вона була проведена у 123 (75,0 %) хворих і у 26 (15,8 %) – як другий етап через 24–48 годин після декомпресії жовчовивідних шляхів.

Найбільш простим для технічного виконання лапароскопічної холецистектомії виявлявся інфільтрат у хворих, яких оперували в перші 24 години від початку захворювання. Незважаючи на виражену інфільтрацію тканин шийки жовчного міхура, міхурова артерія та міхурова протока ідентифікувалися з незначними труднощами, легко виділялися і кліпувалися. Більші труднощі під час виконання лапароскопічної холецистектомії зустрічалися у 57 хворих, прооперованих в терміни до 48 годин. За рахунок

вираженої інфільтрації стінки жовчного міхура, реактивних запальних змін в тканинах які його оточували та щільних зрощень з великим чіпцем, спостерігалися деякі анатомічні особливості. Жовчний міхур був не грушоподібний, а циліндричний або лійкоподібний, його стінка на розрізі була товщиною 5–10мм, з атрофованою слизовою і гіпертрофованим м'язовим шаром. Крім того, за рахунок вираженого інфільтрату шийки, який був сформований набряклими жировими напластуваннями, кишень Гартмана практично не визначалася. Набрякле дно жовчного міхура майже ніколи не виходило за вільний край печінки, що створювало труднощі при тракції міхура.

Все це вимагало застосування певних тактичних прийомів. Отож, важливим етапом операції вважали пункційну евакуацію з жовчного міхура гнійної жовчі. Тракцію жовчного міхура проводили затискачем Бебкока через 10мм троакар введений в правому підребер'ї. З метою профілактики пошкодження загальної жовчної протоки у таких хворих ми вважали за доцільне починати розділення інфільтрату не в ділянці інфільтрованої шийки, а дещо вище – на п'ятці жовчного міхура. Розсікали інфільтровані тканини по всій окружності п'ятки. Ідентифікувавши межу між інфільтрованими тканинами і стінкою жовчного міхура, частково тупим, частково гострим шляхом опускали запальні тканини вниз до гепатодуоденальної зв'язки. Лівою рукою проводили тракцію жовчного міхура за п'ятку вгору і дещо до пупка. Як показують наші спостереження, у більшості випадків інфільтрат досить легко анатомічно відділявся та швидко ідентифікувалися елементи шийки.

Таким чином, найменші технічні труднощі при проведенні лапароскопічної холецистектомії зустрічаються у хворих, в яких коломіхуровий інфільтрат є пухким і не поширюється на ділянку міхурової протоки і артерії.

УДК: 616.381–072.1+616–08+616.346.2–002

*Василюк С.М., Федорченко В.М., Шевчук А.Г., Лабяк І.Р., Клим'юк В.М.,
Крива Б.В.*

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ СПОСОБІВ ОБРОБКИ КУКСИ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ АПЕНДЕКТОМІЇ

ДВНЗ «Івано–Франківський національний медичний університет»,
кафедра хірургії № 1

Робота базується на аналізі карт стаціонарного хворого та комплексному обстеженню та лікуванню 96 хворих на гострий апендицит. У всіх пацієнтів була виконана лапароскопічна апендектомія (ЛА) з різними способами обробки кукси апендикулярного відростка. У 17 (17,71 %) апендикс відсікали лінійним

степлером ENDO GIA™ 35 або 45 мм. Незважаючи на технічну простоту і високу надійність, цей метод був високо вартісним, що на нашу думку, гальмує його впровадження до широкого застосування у вітчизняній хірургії. У 22 (22,92 %) випадках накладали три ендопетлі, після чого відсікали відросток таким чином, щоб дві з них залишались на куксі. У найбільшій кількості хворих (59,38 %) проводили кліпування відростка, і його пересікання між кліпсами.

Метод кліпування основи червоподібного паростка при лапароскопічній апендектомії ми вважали достатньо надійним і недорогим способом обробки кукси. У випадках, коли основа апендикса була широкою, або з вираженою запальною інфільтрацією, накладали 12 мм кліпси, які дозволяли надійно герметизувати тканини по лінії відсікання порожнистого органу.

Ми провели аналіз залежності тривалості операції у хворих з різними патоморфологічними формами гострого апендициту від способу обробки кукси відростка. Так, серед 17 хворих на гострий катаральний апендицит при застосуванні лінійного ендостеплера тривалість операції складала $27,13 \pm 4,91$ хвилини (медіана 27 хв.). Застосування ендопетлі подовжувало тривалість операції до $36,50 \pm 5,81$ хвилин (медіана 36 хв.). При використанні кліпс цей час становив $32,80 \pm 3,49$ хвилини (медіана 33 хв.). У хворих на гострий флегмонозний апендицит час виконання лапароскопічної апендектомії при обробці кукси відростка лінійним ендостеплером складав $41,63 \pm 3,58$ хвилини (медіана 41,50 хв.). Найдовше за часом тривала операція із застосуванням ендопетель – $49,13 \pm 8,39$ хвилини (медіана 50,50 хв.). У найбільшій кількості хворих (48) було проведено кліпування основи відростка. Терміни оперативного втручання у них склали $44,97 \pm 5,53$ хвилини (медіана 44,50 хв.). Як показали наші спостереження, при флегмонозному апендициті, коли основа відростка є інфільтрованою і набряклою цей метод мав перевагу над накладанням ендопетель. Часто ендопетля прорізала основу відростка. Накладання ж кліпси дозволяло герметично без прорізування закрити просвіт відростка. Серед хворих з деструктивними формами гострого апендициту у жодного не виконували обробку кукси апендикулярного відростка лінійним ендостеплером. У трьох пацієнтів застосовували ендопетлі. Тривалість операційного втручання у них складала $53,13 \pm 4,45$ хвилини (медіана 53,50 хв.). Застосування кліпування основи відростка дозволяло скоротити час операції до $37,13 \pm 5,89$ хвилини (медіана 35,0 хв.).

Таким чином, використання кліпування для обробки кукси червоподібного відростка дозволяє здійснити лапароскопічну апендектомію в оптимальні часові терміни і попередити інтраопераційну самоампутацію відростка, а застосування лінійного ендостеплера при гострому катаральному апендициті скорочує час лапароскопічної апендектомії до $27,13 \pm 4,91$ хвилини

(медіана 27), застосування ендопетель подовжує час операції до $36,50 \pm 5,81$ хвилини (медіана 36), при гострому катаральному апендициті, до $49,13 \pm 8,39$ хвилини (медіана 50,5), при деструктивних формах апендициту – до $53,13 \pm 4,45$ хвилини (медіана 53,5) і може розгерметизувати куксу червоподібного відростка при вираженій інфільтрації його основи та купола сліпої кишки.

УДК: 616.367 – 003.7 – 089.15 – 072.1

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Клименко М.В., Маслов С.П.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Харьковская академия последипломного образования,
кафедра торакоабдоминальной хирургии

В структуре осложненной желчнокаменной болезни (ЖКБ) наиболее часто выявляется холедохолитиаз (ХЛ) и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Отмечается рост постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), частота которого варьирует от 11 до 16%. В настоящее время при осложненной ЖКБ широко применяются лапароскопические и транспапиллярные эндоскопические вмешательства (ТЭВ). Вопросы диагностики и лечения осложненной ЖКБ требуют дальнейшего совершенствования.

Цель исследования. Усовершенствовать алгоритмы диагностики и лечения больных с осложненной ЖКБ с применением ТЭВ и видеолапароскопических вмешательств.

Материал и методы. Представлены результаты лечения 501 больного с осложненной ЖКБ. Применялись инструментальные методы диагностики: УЗИ, ЭРХПГ, интраоперационная холангиография, спиральная и магнитно-резонансная томография, импедансная спектроскопия, термометрия холедоха, морфология БДС, мониторинг давления в желчевыводящих путях.

Выполнялись следующие ТЭВ: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндоскопическая баллонная дилатация (ЭПД), механическая литотрипсия (МЛТ), вирсунготомия, назобилиарное дренирование, эндоскопическое стентирование.

Результаты. При обследовании ХЛ выявлен у 351 (70,1%) больного, стеноз БДСК – 68 (13,6%), их сочетание – у 82 (16,4%) больного. Механическая желтуха выявлена у 364 (72,7%), без желтухи – 137 (27,3%). ПХЭС наблюдался у 173 больных: резидуальный ХЛ – у 94 (54,3%), рецидивный ХЛ – у 40 (23,1%), рестеноз БДСК – у 8 (4,6%), синдром слепого мешка – у 3 (1,7%), желчный свищ

– у 12 (6,9%), тубулярный стеноз желчного протока на почве индуративного панкреатита – у 6 (3,5%), рефлюкс–холангит – у 10 (5,8%).

ЭПСТ выполнена 424 (84,6%) больным: субтотальная ЭПСТ – у 262 (61,8%), парциальная ЭПСТ – у 162 (38,2%). ЭПД произведена 72 (14,4%) пациентам с холедохолитиазом. У 84 (19,8%) больных с крупными конкрементами ЭПСТ сочеталась с МЛТ. При наличии синдрома слепого мешка 2 (0,5 %) больным выполнена субтотальная ЭПСТ, 1 (0,2 %) – парциальная ЭПСТ. При наличии холедохолитиаза со стенозом вирсунгового протока 10 (2,4%) больным выполнялась ЭПСТ с вирсунготомией. У 58 (11,6%) больных с гнойным холангитом применено назобилиарное дренирование с ЭПСТ, которое оказалось эффективным в 45 (77,6%). У 5 больных с крупными конкрементами и холангитом, имеющих выраженную сопутствующую патологию, выполнено эндоскопическое стентирование. У 320 (63,9 %) больных применение ТЭВ на первом этапе лечения позволило выполнить на втором этапе видеолапароскопические вмешательства. У 44 (8,8 %) пациентов после выполненных видеолапароскопических вмешательств на втором этапе лечения выполнены различные ТЭВ, которые оказались эффективными у 40 (90,9 %) больных. Причинами повторных ТЭВ явились: кровотечение из папиллотомного разреза – у 4 (0,9%) больных, вклинение осколков конкрементов после МЛТ – у 4 (0,9%), повторные санации желчных путей при холангите – у 8 (1,9%) больных. После ТЭВ развились осложнения: острый панкреатит – у 15 (3,0%), панкреонекроз – у 4 (0,9%), кровотечение – у 5 (1,0%), ретродуоденальная перфорация – у 1 (0,2%), рестеноз БСДК – у 5 (1,0%), холангит и дуоденохоледохеальный рефлюкс – у 5 (1,0%), вклинение корзинки Dormia – у 2 (0,5%).

Выводы. Предложенный алгоритм с дифференцированным этапным подходом к выбору ТЭВ и лапароскопических вмешательств при осложненной ЖКБ позволил уменьшить количество осложнений в периоперационном периоде на 11,6 %.

УДК: 616.329–006.6–08

Велигоцкий Н.Н., Горбулич А.В.

СРАВНЕНИЕ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ ПЛАСТИКОВЫХ СТЕНТОВ И САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Харьковская академия последипломного образования,
кафедра торакоабдоминальной хирургии

Цели. Саморасширяющихся стенты обеспечивают эффективную паллиативную помощь у больных с дисфагией злокачественного генеза,

несмотря на имеющийся риск развития серьезных осложнений и летального исхода. Мы провели сравнение эффективности саморасширяющихся полиэфиров стентов (Polyflex) с саморасширяющимися металлическими стентами (Ultraflex).

Методы. Изучены результаты паллиативного лечения 30 пациентов с неоперабельным раком пищевода. Стентирование было успешным у 25 пациентов. Стент Polyflex установили у 15 пациентов, частично покрытый UltraFlex – у 10. У 4 пациентов были выявлены противопоказания к установке стента.

Результаты. У всех 25 пациентов отмечено восстановление проходимости пищевода. При этом у 22 пациентов стентирование проводили после реканализации пищевода и баллонной дилатации зоны сужения. В течение 1 недели у всех пациентов уровень дисфагии уменьшился с 3 баллов (проходила только жидкость) до 1 (способность есть кашицеобразную пищу). Осложнения наблюдались у 3 (20%) пациентов, которым устанавливали стенты Polyflex (миграции стента) и у 3 (33%) пациентов группы, где проводили установку стентов Ultraflex (у 2 пациентов имели место перфорации пищевода после 3 и 6 месяцев после установки стента с одним летальным исходом через 3 месяца), у 1 пациента отмечалась гиперпластическая гранулематозная реакция.

Таким образом, анализ результатов показал более высокую частоту миграции стентов Polyflex в сравнении с стентами Ultraflex. Медиана выживаемости составила 134 дней у пациентов группы Polyflex и 122 дней для группы Ultraflex ($p = NS$).

Выводы. Не выявлено принципиальных различий в паллиативном лечении дисфагии между двумя вариантами стентирования. Более часто миграция стента наблюдались в группе где устанавливали стенты Polyflex, более тяжелые осложнения, наблюдали в группе с установкой стентов Ultraflex.

УДК: 616.37–002.1–053.88

Годлевський А.І., Балабуєва В.В., Сацук О.С., Зарезенко Т.П.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РЕГІОНАРНИХ ТА ГОМЕОСТАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ НЕБІЛІАРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 2

Гострий панкреатит (ГП) займає в структурі сучасної абдомінальної хірургії провідне місце – 20–80 випадків на 100 тис. населення за рік. Особливо

небезпечним є збільшення частки деструктивних форм захворювання з високим відсотком летальності – 50–85 %. Особливою категорією є пацієнти на гострий панкреатит небіліарної етіології (ГПНБЕ) старшої вікової групи.

Мета. Метою дослідження було покращення результатів лікування хворих старшої вікової групи з використанням оцінки місцевих регіонарних змін та динаміки показників системи гомеостазу.

Матеріали та методи. В роботі проаналізовано результати комплексного обстеження та лікування 142 хворих старшої вікової групи на ГПНБЕ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2011–2015 рр. В дослідження залучались хворі старше 60 років і без ЖКХ в анамнезі. Жінок було 92 (64,8 %), чоловіків – 50 (35,2%). Клініко–морфологічна форма захворювання була чітко верифікована у відповідності до рекомендацій Симпозіуму по гострому панкреатиту (Атланта, 1992 р.), Погоджувальної конференції по гострому панкреатиту (Греція, 1998 р.).

Результати та обговорення. Місцеві регіонарні зміни досліджували шляхом проведення серії ендоскопічних досліджень з біопсією слизової оболонки 12–ти палої кишки (ДПК), а маркерами системи гомеостазу були обрані сироватковий феритин (СФ), молекули середньої маси (МСМ), фібриноген А та В, протромбіновий індекс, етаноловий тест та продукти перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), такі як загальні ліпіди, тригліцериди, ліпопротеїди високої щільності.

Проведені дослідження свідчать про те, що у пацієнтів старшої вікової групи з ГПНБЕ відбуваються значні місцеві регіонарні зміни слизової оболонки ДПК, такі як поліморфізм, деформація та дисконплектація кишкових ворсинок. В артеріолах ворсинок стінка була потовщеною за рахунок набряку інтими та гіперплазії гладких міоцитів. В кровоносних капілярах ворсинок виявлені виражені порушення гемодинаміки у вигляді стазу, а також підвищеної проникливості стінки судин. Просвіти венул були значно розширені, повнокровні. Відмічений стаз лейкоцитів та пристінкові тромби.

Серед усіх маркерів синдрому системної запальної відповіді найбільш чутливим виявився СФ, який є гострофазовим білком і відповідає за доімунний механізм запальної відповіді. Динаміка СФ коливалась від 135–373 нг/мл при первинному визначенні і до 28–64 нг/мл, з тенденцією до поступового зниження протягом всього терміну спостереження. Також спостерігалось збільшення продуктів ПОЛ, збільшення молекул середньої маси, інтерпретація показників коагулограми свідчила про зсув у бік гіперкоагуляції. Отримані дані підтверджують суттєве значення розладів мікроциркуляції та порушень реологічних властивостей крові при розвитку ГПНБЕ у хворих старшої вікової групи.

Висновки. Перебіг ГПНБЕ у хворих старшої вікової групи має свою клінічну картину, якій притаманні характерні регіонарні ішемічні зміни, а також достовірна динаміка маркерів системи гемостазу. Лікування цієї категорії пацієнтів повинно проводитись з урахуванням прогностичних змін маркерів системи гомеостазу та місцевих регіонарних порушень.

УДК: 616.366–003.7–089:616.367–003.7–07

Годлевський А.І., Ярмак О.А.

ХІРУРГІЧНИЙ СТРЕСОРНИЙ ВПЛИВ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗАПРОПОНОВАНОГО МЕТОДУ СТВОРЕННЯ РОБОЧОГО ПРОСТОРУ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 2

Вступ. Надмірний внутрішньочеревний тиск та резорбтивний вплив вуглекислого газу під час лапароскопічних втручань здатні впливати на системний та органний кровообіг, змінювати механіку дихання з компресією судин малого кола, викликати нейрогуморальні зміни і, як наслідок, утруднювати періопераційну курацію пацієнтів та провокувати специфічні ускладнення, особливо у хворих з супутньою патологією при тривалих лапароскопічних втручаннях. Численні дослідження направлені на пошук методик, які знижують негативний вплив НКП на організм.

Мета. Метою дослідження була оцінка хірургічного стресорного впливу при використанні НКП та дозованого ліфт–асистованого карбоксиперитонеуму (ДЛКП) під час лапароскопічних оперативних втручань.

Матеріали та методи дослідження. В основу дослідження покладено аналіз результатів лікування 102 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітіазом, на клінічних базах кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Серед пацієнтів, яким застосовано малоінвазивні методи хірургічної корекції холецистохоледохолітіазу (ендоскопічне транспапілярне втручання з подальшою холецистектомією, лапароскопічна холецистектомія з ревізією жовчних протоків) у 55 хворих (група порівняння) для створення робочого простору застосовано стандартний НКП з рівнем внутрішньочеревного тиску 10–12 мм.рт.ст. В основній групі (47 хворих) – розроблений метод ДЛКП (4–6 мм.рт.ст) з використанням запропонованого атравматичного пристрою для лапароліфтингу. Проводилась періопераційна реєстрація середнього артеріального тиску (САТ, мм. рт. ст.), частоти серцевих скорочень (ЧСС, уд/хв.), сатурації кисню в крові (SpO₂, %), рН

крові, динаміки рівнів кортизолу, TNF- α , IL-6, C-реактивного протеїну (СРП) плазми. У двох групах фіксувалася тривалість оперативних втручань від початку накладання карбоксиперитонеуму до його ліквідації та оцінка ступеню післяопераційного больового синдрому за візуально-аналоговою, цифровою рейтинговою та вербальною рейтинговою шкалами. Статистичний аналіз здійснювався за допомогою програми STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc®, USA). Застосовувались непараметричні критерії (Манна-Уїтні, Уїлкоксона).

Результати та їх обговорення. За результатами дослідження періопераційні показники САТ, ЧСС в групі порівняння достовірно перевищували дані показники основної групи ($p < 0,05$, $p < 0,001$). Рівень SpO₂ при триразовій фіксації в групі НКП був достовірно нижчим ($p < 0,001$). Показник рН крові був достовірно нижчим в групі порівняння інтраопераційно ($p < 0,001$) та після десуфляції CO₂ ($p < 0,001$). Після завершення втручань зміни показників TNF- α та IL-6 плазми крові співпадали з динамікою показників кортизолу плазми і були значно вищими в групі застосування НКП. Показники СРП плазми після оперативного втручання у двох групах мали лише незначну тенденцію до зростання ($p > 0,05$). Середня тривалість лапароскопічного втручання при використанні методу ДЛКП на 8,6 хв переважала даний показник в групі НКП, що не мало статистичної достовірності ($p = 0,17 > 0,05$). При дослідженні інтенсивності післяопераційного больового синдрому за трьома шкалами виявлено достовірно вищі показники за ВРШ та ЦРШ в групі порівняння ($p < 0,05$).

Висновки. Використання методу ДЛКП з інтраабдомінальним тиском 4–6 мм. рт. ст. має переваги перед застосуванням методу стандартного НКП (10–12 мм. рт. ст.), здійснюючи менший стресорний та травмуючий вплив на організм хворого.

УДК: 616.25–002.3–036.11–089–072.1

Грубник В.В., Тронина Е.Ю., Севергин В.Е.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ**

Одесский национальный медицинский университет
кафедра хирургии №1

Одесская областная клиническая больница

Общепринятые методы лечения острой эмпиемы плевры (ОЭП), такие как пункция и дренирование плевральной полости, не отвечают современным

требованиям торакальной хирургии, поскольку предусматривают длительную госпитализацию больных и не исключают возможности перехода острого процесса в хронический с последующей инвалидизацией больного.

Развитие видеоторакоскопической хирургии позволило улучшить результаты лечения ОЭП в том числе за счет выполнения декорткации легкого, что особенно эффективно на ранних стадиях заболевания.

К преимуществам видеоторакоскопических операций (ВТО) также можно отнести визуальный контроль, санацию плевральной полости с разобщением отдельных полостей, что позволяет достичь раннего расправления легкого с эффективной последующей санацией гнойной полости.

Целью работы явился анализ эффективности применения ВТО при ОЭП.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2015 годы в клинике ВТО были проведены у 462 больных с ОЭП, в возрасте от 18 до 82 лет. Среди них было 365 мужчин и 97 женщин.

Постпневмоническая этиология ОЭП отмечена в 389 (84,2%) случаях. В 73 (15,8%) случаях причиной ОЭП послужили туберкулезное поражение плевры, нагноившийся свернувшийся посттравматический гемоторакс и злокачественные опухоли. В 368 (79,6%) наблюдениях отмечены I и II стадии ОЭП по Г.И. Лукомскому в виде фиброзного и фибринозно-гнойного процесса. Гнойный плеврит (III стадия) отмечен у 94 (20,4%) больных. Ограниченный характер гнойного процесса имел место у 264 (57,1%) больных, тотальный и субтотальный – у 198 (42,9%).

Показаниями к выполнению ВТО при ОЭП являлось наличие острого гнойного процесса с наличием отдельных полостей и неэффективностью дренирования, наличие легочно-плевральных свищей. ВТО выполнялись с использованием эндоскопических комплексов «Эндомедиум» и «Olympus» со стандартным набором эндоскопических инструментов.

Объем ВТО при ОЭП включал в себя аспирацию экссудата, тщательную ревизию плевральной полости под визуальным контролем, удаление фибрина и разрушение перемычек, что позволяло объединить отдельные полости в единую. При необходимости выполняли декорткацию легкого с плеврэктомией.

Результаты и обсуждение. В результате проведения ВТО положительный клинический эффект наблюдался у 428 (92,6%) больных с длительностью пребывания в стационаре до 11,1 койко-дней, что соответствует данным других авторов, однако при ОЭП III типа средние сроки пребывания в стационаре увеличивались до 19,4.

Осложнения были отмечены в 28 (6,1%) случаях и были представлены

стойкими остаточними полостями, с рецидивом бронхиальных свищей, нагноением ран торакопортов. Летальных исходов после проведения ВТО при ОЭП отмечено не было.

Неудовлетворительные результаты лечения с переходом в хроническую форму наблюдались у 34 (7,4%) больных, что было обусловлено прогрессированием гнойного процесса в плевральной полости с наличием не устраненных легочно–плевральных свищей.

Выводы. Анализ результатов использования ВТО при ОЭП показал высокую эффективность метода, особенно при проведении в начальных стадиях заболевания, низкий процент осложнений, возможность предотвращения перехода процесса в хроническую стадию.

УДК: 617.586: 616–001.4:615.37

Желіба М.Д., Богачук М.Г., Жупанов О.А.

**ІМУНОМОДУЛЯЦІЯ МУРАМІЛПЕПТИДНОГО РІВНЯ В
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО–ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ
М'ЯКИХ ТКАНИН У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра загальної хірургії

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 2

Покращення результатів комплексного лікування гнійно–запальних вражень м'яких тканин у хворих з хірургічними ускладненнями цукрового діабету є актуальною проблемою сучасної хірургічної практики. Одним із шляхів покращення є розробка та впровадження нових методів діагностики активності запального процесу і його прогнозування та застосування в комплексній схемі лікування методів стимуляції репаративного процесу.

Одним із сучасних препаратів, який не проявляє виражених побічних дій та здатен «м'яко» відновлювати імунний захист організму, є представник мурамілпептидного ряду – ліастен. Володіючи широким спектром дії на імунну систему, він проявляє антибактеріальну, противірусну, антиоксидантну, лейкопротекторну дію, сприяє зменшенню в крові циркулюючих імунних комплексів, посилює репаративні процеси в тканинах. Можливість системного та локального використання цього препарату, в тому числі у поєднанні з лікарськими засобами інших груп, дозволила розширити покази та сферу його використання для лікування хворих з гнійними ранами на тлі цукрового діабету.

Для вивчення ефективності імунокорегуючої терапії в лікуванні хворих з цукровим діабетом та гнійно–запальними процесами м'яких тканин, проведено вивчення патоморфометричних змін нейтрофільних гранулоцитів, як показника клітинного імунітету, на основі цих результатів розроблена та впроваджена нова схема комплексного лікування хворих з використанням впливу на місцевий імунітет у хворих цієї категорії з клінічним вивченням її ефективності.

Дослідження проведено на 47 хворих з гнійно–запальними захворюваннями м'яких тканин (абсцеси, флегмони, гідроаденіт, карбункул) на тлі цукрового діабету II типу, що лікувались в клініці загальної хірургії ВНМУ. Середній вік пацієнтів склав 56,4+ 4,7 років, серед них 51,1% (24) – жінки, 48,9% (23) – чоловіки. Тривалість захворювання на цукровий діабет складав від 5 до 20 років (в середньому 11,2+3,6 р.). Для корекції глікемії 23,4% (11) хворих застосовували інсулін, 76,6% (36) – цукрознижуючі препарати. Рівень глікемії складав від 7,4 до 18,9 ммоль/л, в середньому – 11,6+2,1 ммоль/л. У 38 (80,9%) на момент госпіталізації діагностований стан діабетичного кетоацидозу різного ступеня вираженості, що вимагало його корекції. Для об'єктивного вивчення створили 2 групи: основну (24 хворих, в яких застосовували запропонований спосіб лікування), та контрольну (23 хворих, лікованих за традиційною схемою). В схему лікування основної групи, після проведеного хірургічного втручання (розкриття, дренивання гнійного вогнища, некректомії), було включено імуномодулятор мурамілпептидного ряду – ліастен як системно (в/в), та, після зменшення ексудативного запалення, в II фазу ранового процесу, локально в комбінації з диметилсульфоксидом. Ефективність лікування контролювали за клінічними показниками, станом рани та показником Фактору форми нейтрофільних гранулоцитів (ФФНГ).

Отримані результати на початку дослідження показали, що використання ліастену значимо покращує основні показники лікування: достовірно знижується показник ФФНГ, що корелює з зниженням симптомів ССЗВ та скороченням ексудативної фази запалення, пришвидшенням епітелізації ранової поверхні. Позитивний вплив використання імуномодуляторної корекції в лікуванні хворих з гнійно–запальними захворюваннями м'яких тканин на тлі цукрового діабету свідчить про патогенетичність запропонованого способу лікування та потребує подальшого дослідження.

Іоффе О.Ю., Швець І.М., Тарасюк Т.В.

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ ПУПКОВИХ ГРИЖ ТА ДІАСТАЗУ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА І–ІІ СТУПЕНЮ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
кафедра загальної хірургії №2

Мета роботи – покращити результати лікування хворих з пупковими грижами в поєднанні з діастазом прямих м'язів живота І–ІІ ступеню шляхом застосування лапароскопічної пластики по методиці ІРОМ.

Матеріали та методи. В роботі проаналізовано результати лікування 60 пацієнтів з пупковими грижами в поєднанні з діастазом прямих м'язів живота 1 – 2 ступеня. Пацієнти були розподілені на 2 групи: основна група – 21(35%) хворих, які були прооперовані по методиці лапароскопічної інтраабдомінальної герніопластики (ІРОМ), контрольна група – 39(65%) хворих, які були прооперовані по методиці sublay. З загальної кількості хворих чоловіків було 18 (30 %), жінок – 42(70 %). Середній вік пацієнтів склав 54,3±6,0 роки.

Результати дослідження. Середня тривалість оперативного втручання по методиці ІРОМ становила – 106±23хв, по методиці sublay – 131±15хв. Під час герніопластики по методиці sublay, розріз шкіри проводився в навколупупковій ділянці, середньою довжиною 11±3,12 см, та супроводжувався активним дренажуванням по Редону.

Пацієнти основної групи, оперовані по методиці ІРОМ, отримували знеболюючі препарати впродовж 2 діб. Більшості пацієнтам, оперованим по методиці sublay (90,6%), введення знеболюючих препаратів проводилось протягом 6 діб після оперативного втручання. В першу післяопераційну добу показник ВАШ у пацієнтів, оперованих по методиці sublay, був в 1,32 (p=0,001) рази, на другу – в 1,32(p=0,004) рази та на третю – в 1,5 (p=0,001) рази вищим ніж у осіб основної групи, оперованих по методиці ІРОМ. При порівнянні післяопераційних показників у пацієнтів обох груп концентрація TNF-α у осіб групи порівняння, оперованих за методикою sublay, в 1,75 (p=0,0001) рази була вищою, ніж у осіб основної групи, оперованих по методиці ІРОМ, а концентрація ІЛ – 1 – в 1,5 рази (p<0,05). При визначенні концентрації ІЛ–1 та ІЛ–6 в ранньому післяопераційному періоді, було встановлене достовірно значуще (p=0,001 та p=0,008 відповідно) підвищення вмісту ІЛ–1 та ІЛ–6 в групі пацієнтів, оперованих за методикою sublay, в яких пупкова грижа поєднувалась з діастазом прямих м'язів живота. Концентрація С-реактивного білка (СРБ) в ранньому післяопераційному періоді чітко корелює зі ступенем травматизації тканин. Вміст СРБ у оперованих за методикою sublay в 2,4 (p<0,05) рази був вищим, ніж у осіб

основної групи, оперованих по методиці IPOM. Хворі основної групи не потребували призначення наркотичних анальгетиків з метою знеболення в ранньому післяопераційному періоді. Чотири пацієнти контрольної групи (8%) у зв'язку з вираженим больовим синдромом отримували наркотичні анальгетики. У 6(12%) пацієнтів контрольної групи, оперованих за методикою sublay, під час проведення ультразвукового дослідження було відмічено появу сером, що потребували пункції та аспірації. Середній післяопераційний ліжко–день у пацієнтів основної групи, яким була проведена герніопластика по методиці IPOM становив $2,13 \pm 1,2$ ліжко–дня, для пацієнтів контрольної групи, оперованих по методиці sublay – $7,2 \pm 2,15$ ліжко–дня.

Висновки:

1. Інтраабдомінальне встановлення сітчастих імплантів у хворих з пупковою грижею та діастазом прямих м'язів живота достовірно зменшує інтраопераційну травму, в порівнянні з преперитонеальним розміщенням імпланту у пацієнтів даної категорії.
2. При виконанні герніопластики за методикою IPOM у групі хворих з пупковою грижею та діастазом прямих м'язів живота спостерігається достовірне зменшення рівня показників медіаторів болю в периферичній крові на другу добу після виконання оперативного втручання, в порівнянні з герніопластиком за методикою sublay, що корелює з суб'єктивною оцінкою визначення інтенсивності больового синдрому за допомогою ВАШ в ранньому післяопераційному періоді.

УДК: 616.36–089.5–072.1:615.21–792]:616.37–002.42–089

Кашиштарь А.В.

БЛОКАДА КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ С ТИОТРИАЗОЛИНОМ ПОД КОНТРОЛЕМ МИНИЛАПАРОСКОПА В ЛЕЧЕНИИ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования – улучшить лечение стерильного панкреонекроза, внедрив блокаду круглой связки печени под контролем минилапароскопа.

Материал и методы. С 2012 по 2015 годы у 45 пациентов с подозрением на неотложную абдоминальную патологию в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы №2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, выполнена лапароскопия набором инструментов диаметром 5 мм – минилапароскопия (МЛС), используя сконструированный польый

манипулятор. Исследования проведены по методике О.С. Кочнева (1988) с инфузией 1–1,5 л кислорода под местной анестезией.

Из 45 больных у 12 (26,7%) пациентов во время МЛС диагностировали стерильный панкреонекроз (СП). Мужчин было 3 (25%), женщин – 9 (75%). Возраст 43 – 66 лет. Все больные страдали сопутствующими заболеваниями. Ранее, в сроки от 4 до 28 лет, оперированы 6 (50%) пациентов (аппендэктомия, экстирпация матки с придатками, сальпингэктомия). СМП доставила больных в различные сроки от начала заболевания: в течение 12–24 часов – 6 (50%) пациентов, 1–2 суток – 4 (33,3%) и 3 суток – 2 (16,7%). Больным выполнено клиническое обследование, лабораторно–биохимическое, рентгенологическое, УЗИ, ФЭГДС, ЭКГ. Консервативная терапия проведена у 8 (66,7%) пациентов.

Результаты. Показанием к МЛС у 8 (66,7%) больных был панкреонекроз, перитонит, у 3 (25%) – острый панкреатит, прободная язва двенадцатиперстной кишки? и у 1 (8,3%) – острый панкреатит, холецистит. В течение 2 часов после госпитализации МЛС выполнили у 3 (25%) пациентов, 1–2 суток – у 8 (66,7%) и 3 суток – у 1 (8,3%). МЛС семиотика СП слагалась из достоверных и вероятных признаков. Основополагающими являлись достоверные признаки (геморрагический экссудат в брюшной полости, геморрагическая инфильтрация большого сальника, мезоколон и забрюшинной клетчатки, стеатонекроз на большом сальнике, брюшине). Вероятные признаки были вспомогательными (воспаление брюшины, отёк и гиперемия круглой связки печени, малого сальника, печёчно–двенадцатиперстной связки, области отверстия Винслоу, желудочно–ободочной связки, инфильтрат поджелудочной железы, симптом “Курвуазье”, парез тонкого кишечника, желудка, поперечной ободочной кишки). МЛС данные позволили определить СП и выполнить малотравматичную лечебную МЛС. Аспирация высокотоксичного перитонеального выпота с помощью полого манипулятора (амилаза достигала 512 г–ч/л). Блокада круглой связки печени под контролем МЛС осуществлена болюсным введением в клетчатку круглой связки печени 400 мл 0,25% раствора новокаина, 2 мл 2,5% раствора тиотриазолина. 5 мл фторурацила, 2 мл но–шпы, 20 000 ед. контрикала, 2 г. канамицина (Патент України № 28854 А). Направленное дренирование брюшной полости.

В палате интенсивной терапии проведена консервативная терапия. СП принял abortивное развитие, подтверждённое клиническим течением, данными лабораторно–биохимических исследований, УЗИ. Гладкое послеоперационное течение. Дренажи из брюшной полости удалены на 3 – 4 сутки. Швы сняты на 5 – 6 сутки. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы:

1. Минилапароскопическая семиотика стерильного панкреонекроза состоит из достоверных и вероятных признаков.

2. Разработанная блокада круглой связки печени с тиотиазолином показала эффективность в лечении стерильного панкреонекроза.
3. Комплексная терапия стерильного панкреонекроза позволила придать процессу abortивное развитие.

УДК: 617.55–039.74–089.819–072.1

Капиштарь А.В.

МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ ДИАМЕТРОМ 5 ММ

Запорожский государственный медицинский университет,
кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования – уменьшить травматичность и оценить результаты лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии путём внедрения инструментов и оптики диаметром 5 мм.

Материал и методы исследования. В хирургическое отделение КП “Городской клинической больницы №2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 2012 по 2015 годы лапароскопия набором инструментов, центральной частью которых являлась оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30° производства фирмы “ЭлеПС” г. Казань (Россия) и троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ “КРЫЛО” г. Воронеж (Россия) – минилапароскопия (МЛС), выполнена у 45 больных пометодике О.С. Кочнева (1988) манипулятором собственной конструкции. Мужчин было 28 (62,2%), женщин – 17 (37,8%). Возраст 19–93 года. Сопутствующая патология была у 35 (92,1%) пациентов. Ранее оперированы 11 (29%) больных.

После клинического обследования выполнены лабораторно–биохимические исследования, рентгенологические, УЗИ, ФЭГДС, они неинформативны. При поступлении МЛС осуществили у 19 (50%) пациентов и в течение 5 часов–14 суток – у 19 (50%). Показанием к ней у 29 (64,4%) больных была невозможность дифференциальной диагностики между острыми хирургическими заболеваниями, у 9 (20%) – установлен острый панкреатит, перитонит и у 7 (15,6%) – повреждения абдоминальных органов?

Основные результаты исследований. Пациентов разделили на 3 группы. Группу А составили 32 (71,1%) больных с острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями (асептический панкреонекроз – 12, прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки – 7, деструктивный аппендицит – 4,

флегмонозний калькулёзний холецистит – 3 и калькулёзний холецистит – 1, острое нарушение мезентериального кровообращения – 2, спаечная тонкокишечная непроходимость – 1, абсцесс мезогастральной области – 1, разлитой гнойный перитонит – 1). В группу В включили 5 (11,1%) пациентов с закрытой травмой живота (разрыв печени – 2, селезёнки – 1, мочевого пузыря – 1, забрюшинная гематома – 1). Группа С, 8 (17,8%) больных, хирургическая патология исключена.

Оптимизирована хирургическая тактика. Традиционная лапаротомия с коррекцией хирургической патологии выполнена у 25 (55,6%) пациентов и малотравматичная лечебная МЛС при асептическом панкреонекрозе, инфильтрате, перитоните (Патент України № 28854 А) – у 12 (26,7%).

После лапаротомии умерли 5 (20%) больных (острый инфаркт миокарда + инфаркт мозга – 2, инфаркты ствола мозга и полушария – 1, абдоминальный сепсис – 1, тромбоэмболия лёгочной артерии – 1). В группе С умер 1 (12,5%) пациент от острой печёночно–почечной недостаточности.

Выводы:

1. Выявлены снижение травматичности МЛС, косметический эффект, высокое качество визуализации.
2. Лапаротомия выполнена у 55,5% больных, малотравматичная лечебная МЛС – у 26,7%, патология исключена – у 17,8%.
3. Осложнений и летальных исходов при МЛС не отмечено.

УДК: 616.24–072:615.47

Кривецкий В.Ф., Полищук В.І., Мітюк Б.О.

ВІДЕОАСИСТОВАНИ МІНІТОРАКОТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ТА СЕРЕДОСТІННЯ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 1

Вступ. Представлено клінічний досвід лікування хірургічної патології з боку органів грудної клітки за допомогою відеоасистованої мініторакомії (ВАМТТ). Метод апробовано в клінічних умовах на базі відділення торакальної хірургії Вінницької ОКЛ ім. М.І. Пирогова, за період з 2010 по 2016 роки. Отримані обнадійливі результати, які дозволяють рекомендувати його в клінічній практиці. Поєднання мініторакомії та відеоендоскопічної техніки значно розширює можливості хірурга та одночасно мінімізує травматичність операції.

Малоінвазивні методи хірургічних втручань дають кращі результати ніж традиційні методи. Впровадження малоінвазивних методів лікування, дозволяють

скоротити час перебування на стац.лікуванні хворих із хірургічною патологією органів грудної клітки.

Матеріали та методи дослідження. За період з 2010 по 2016рр. у відділенні торакальної хірургії Вінницької ОКЛ ім. М.І. Пирогова було виконано 118 відеоасистованих мініторакотомій, з приводу різних хірургічних патологій органів грудної клітки. Операції ВАМТТ: Атипові сегментарні резекції – 66, енуклеація доброякісних новоутворень легень – 18, видалення доброякісних новоутворень середостіння – 12, ушивання бул легень – 6, відкрита біопсія легені – 5, видалення згорнутого гемотораксу – 4, видалення доброякісних новоутворень перикарду – 3, фенестрація перикарду – 2, розкриття обмеженої базальної емпієми плеври і декортикація легені – 2.

Серед 118 хворих було 45 жінок та 73 чоловіка. Середній вік пацієнтів склав 36 років (жінки – 41,73 років та чоловіки – 32,57 років). Вік коливався від 16 до 70 років. При поступленні в хірургічний стаціонар усі хворі пройшли загальноклінічні обстеження, які включали лабораторні дослідження, виконання ЕКГ, УЗД ОЧП та плевральних порожнин, Rö–графія ОГК, СКТ ОГК. В показаних випадках виконувались ФБС, ФГДС, УЗД серця, Rö–скопія ОГК. Операції проводились під в/в комбінованим наркозом з міорелаксантами + ШВЛ. Операції завжди починались із попередньої відеоторакоскопії (ВТС), що дозволяло провести адекватну ревізію плевральної порожнини і зони патології, яка підлягає хірургічній корекції. Зазвичай виконувались мініторакотомії довжиною від 4 до 8 см. При втручанні на легеневій паренхімі застосовували ручний шов, апаратна резекція (УО–60), в одному випадку – ендостеплер.

Результати. В усіх 118 випадках хворі були виписані із одужанням. Ускладнення спостерігались у 6 хворих в післяопераційному періоді у вигляді неінтенсивних, немасивних кровотеч на фоні прийому антикоагулянтів. Строки перебування в торакальному відділенні складали 8–12 днів. За цей час досягали розправлення легень, припинення ексудації та загоєння ран. В групах пацієнтів із емпіємами, згорнутими гемотораксами та застійними пневмотораксами час перебування на стац.лікуванні дещо подовжувався. Застосування апарату УО–60 – вимушено обґрунтовано економічними чинниками. Перспективою бачимо – ендостеплерні технології.

Висновки: Попередня ВТС дозволяє провести адекватну ревізію плевральної порожнини і зони патології, яка підлягає хірургічній корекції. Відеоасистування дозволяє контролювати вхід в плевральну порожнину через мініторакотомний розріз та виконувати безпечний пневмоліз. Застосування відеоендоскопічної техніки дозволяє скоротити час перебування хворих на стаціонарному лікуванні та зменшити травматичність операції. ВАМТТ дає кращі результати та зменшує кількість п/о ускладнень ніж типова торакотомія.

Макаренко М.В., Говсеєв Д.О., Мартинова Л.І., Тян О.В., Громова О.Л.
**ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ СУБМУКОЗНИХ ФОРМ МІОМИ
МАТКИ**

Національний медичний університет імені академіка О.О.Богомольця,
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти

Міома матки – це актуальна проблема сучасної гінекології, та як є самою розповсюдженою серед доброякісних захворювань жіночих статевих органів. Вона зустрічається приблизно у 77% жінок репродуктивного віку, а субмукозна міома в 5–10%. Міоми матки істотно впливають на стан здоров'я жінки. Субмукозна міома найрідше зустрічається, але призводить до найбільшої кількості ускладнень, а саме: меноррагія, неплідність, невиношування та недоношування вагітності, кровотечі в менопаузальному періоді. Основним методом лікування є оперативне втручання, що має метою видалення матки або виконання консервативної міомектомії з порушенням цілісності матки, що, в подальшому, ускладнить реалізацію репродуктивної функції.

При даній патології, ми використовували малоінвазивну хірургію, що дозволило відмовитися від лапаротомії та дало можливість видаляти субмукозні вузли, виконуючи гістерорезектоскопію. Ми використовували метод поздовжньої біполярної коагуляції капсули міоми з етапним видаленням вузла. Це веде до того, що міоматозний вузол з інтрамурального поступово переходить в субмукозний.

При виборі групи дослідження ми оцінювали глибину інтрамуральної частини вузла, застосовуючи класифікацію Wamsteker K. (1995 р.): весь вузол розташований в порожнині матки на ніжці або на широкій основі – 0 тип, більше 50% в порожнині матки – I тип, більше 50% в стінці матки – II тип.

Досліджено 32 пацієнтки з субмукозним типом вузла без інтрамурального компоненту, 56 жінок мала локалізацію вузла на широкій основі з інтрамуральним компонентом та 22 – мали вузли, які більш ніж на 50% складались з інтрамурального компоненту. Кількість вузлів в порожнині матки у різних пацієнток була від 2 до 4, розмірами від 1 см до 5 см, локалізувались вони як на одній стінці матки, так і на протилежних. Скрининговим методом діагностики було трансабдомінальне та трансвагінальне ультразвукове сканування.

Нами використовувалась біполярна коагуляція, яка дає можливість безпечного видалення великих за об'ємом міоматозних вузлів, тобто сприяє радикальній первинній міомектомії, повному видаленню вузла під час однієї операції. Внутрішньоматкова частина субмукозного вузла розсікалась за

допомогою біполярної петлі резектоскопа. Розсічення починалось на місці максимальної випуклості міоми та продовжувалось до поверхні ендометрію. Потім здійснювався своєрідний гідромасаж, що стимулював скорочення міометрію. Таким чином, вузол як би «народжувався» зі своєї капсули, після чого він видалявся поетапно гістероскопом. Здійснювалась коагуляція ложа. Біполярна гістерорезекція проводилась з використанням системи Olympus представленною біполярним електродом, що вводився через робочий канал гістероскопа. Операція проводилась в умовах постійної проточної гістероскопії. В післяопераційному періоді проводилась за загально прийнятою схемою антибіотикопрфілактика макролідами.

Радикальність мініінвазивної хірургічної міомектомії обмежувалась тривалістю процедури не більш ніж 40 хв., що було обумовлено безпечним рівнем інтравазації рідини–діелектрика, що складала 1,5 л. Ні в одному з випадків не було електролітних порушень.

В даний час трансцервікальна біполярна коагуляція міоматозних вузлів є методом вибору в лікуванні пацієнтів з субмукозними міомами матки діаметром до 5 см, через її високу ефективність та низький відсоток ускладнень.

УДК: 618.31–08

Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Тян О.В., Мартинова Л.І., Громова О.Л.
**ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ,
РОЗТАШОВАНОЇ В ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОМУ ВІДДІЛІ МАТКОВОЇ
ТРУБИ**

Національний медичний університет імені академіка О.О.Богомольця,
кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти

Позаматкова вагітність залишається однією з основних проблем в гінекології, і частота її виникнення, на жаль, не має тенденції до зниження [Ectopic pregnancy and miscarriage; NICE Quality Standard]. За результатами світової статистики частота позаматкової вагітності становить від 0,5 до 6,0 % [Hoj L. et al., 2003; Saving Mothers' Lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008; Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE), 2011]. Статистичні дані цієї патології по Україні становить 1,2–2,2% по відношенню до всіх вагітностей [Гладчук І.З. та співав., 2008]. Актуальність проблеми визначається перш за все високою летальністю. Так, в структурі причин материнської смертності в Україні, позаматкова вагітність займає від 5 до 7%, що в кілька разів перевищує аналогічні показники в країнах Європи

[Гладчук І.З. та співав., 2008]. Найбільш складною для діагностики є інтерстиціальна локалізація трофобласта. На жаль, дане розташування плідного яйця небезпечно виникненням масивної кровотечі. Особливу групу ризику становлять пацієнтки після перенесеної тубектомія, у яких збережений інтерстиціальний відділ маткової труби.

Пацієнтка Д, 34 роки, була прооперована в пологовому будинку №5 М.Києва з приводу порушеної лівосторонньої позаматкової вагітності в жовтні 2015 року, коли їй була виконана лапароскопічна тубектомія. Надалі пацієнтка приймала протизаплідні препарати протягом 6 місяців з метою контрацепції. Наступна вагітність була спланована і перший контроль хор іонічного гонадотропіну людини був при 20 денній затримці і склав 4,603 mIU/ml. Під час ультразвукового дослідження трансвагінальним датчиком плідне яйце розмірами 2,0 мм було зафіксовано в лівому куті матки, додатковий огляд за допомогою секторального датчика підтвердив наявність плідного яйця в лівому матковому куті (інтерстиціальний відділ). Лапароскопію проводили за загальноприйнятою методикою з використанням обладнання OLYMPUS (Японія). При огляді органів малого тазу було виявлено, що плідне яйце розташовувалося в лівому матковому куті, ліва труба була відсутня внаслідок раніше перенесеної тубектомії. Права маткова труба була в ідеальному стані: фімбрії виражені, сама труба не змінена. Використовуючи біполярну коагуляцію 50 Вт ми обережно провели коагуляцію маткового кута та виділили плідне яйце, діаметр якого склав 2,0 см x 1,5 см. Після відділення з плідного яйця з місця імплантації виникла кровотеча, яку неможливо було зупинити шляхом біполярної коагуляції, через глибоке пошкодження маткового кута. Інтраперітонеально був зашитий матковий ріг вікріловою лігатурою №1. Крововтрата склала 300,0 мл. Проведено дренажування черевної порожнини після санації.

Таким чином, ми можемо, на жаль, констатувати, що раніше перенесена тубектомія не рятує пацієнтку від можливої повторної позаматкової вагітності в інтерстиціальному відділі труби. На сьогоднішній день основним методом діагностики інтерстиціальної вагітності є лапароскопія, нерідко динамічна.

Дана локалізація вагітності небезпечна кровотечею і може бути прооперована лапароскопічно тільки при наявності маленького терміну і досвідченого хірурга, який володіє технікою ендоскопічного шва. Оптимальний обсяг – резекція маткового кута з пошаровим ушиванням ложа. В післяопераційному періоді обов'язкова динамічна оцінка концтрацій хоріонічного гонадотропіну людини в сироватці крові.

*Матвійчук Б.О., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Король Я.А., Патер Я.З.,
Кушнірук О.І., Артюшенко М.Є., Козут Л.М., Погорецький Р.М.,
Склярів П.О., Бубняк М.Р.*

ФАКТОРИ РИЗИКУ РЕЦИДИВНИХ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО

²Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Мета роботи. Оцінка ризику рецидивів виразкових кровотеч після ендоскопічного гемостазу.

Матеріал і методи. Протягом 2007–2013 рр. ендоскопічний гемостаз виконали у 639 пацієнтів з виразковими кровотечами. Оцінювали клінічні та ендоскопічні характеристики в якості потенційних предикторів рецидиву кровотечі.

Результати і обговорення. Усього було виконано 153 ендоскопічних втручань у хворих з триваючими кровотечами і 486 — зі стигматами перенесеної кровотечі (Forrest II) з метою запобігання рецидиву. Первинний гемостаз не досягнуто в 4 осіб, рецидиви виникли у 69 (10,86%). Ендоскопічний гемостаз первинно був невдалим у 4 хворих, 3 було оперовано, у 5 хворих виконано селективну емболізацію лівої шлункової і селезінкової артерії. Померли 40 (6,26%) хворих, у т. ч. 14 без рецидивів кровотечі (1 після операції, 13 – унаслідок декомпенсації важкої основної патології).

Таблиця 1

Частота рецидивів кровотечі після ЕГ залежно від різних факторів

Характеристики	Без рецидивів кровотечі	Рецидивів кровотечі	Значущість різниці, р
Розміри виразки $\geq 1,5$ см	131	32 (19,6%)	<0,001
<1,5 см	435	37 (7,84%)	
Рівень гемоглобіну < 80 г/л	260	49 (15,86%)	<0,001
> 80 г/л	304	20 (6,17%)	
Локалізація виразок у шлунку	191	26 (11,98%)	НІ*
у ДПК	353	43 (10,86%)	
виразки гастроентероанастомозу	22	0	
Виразки задньої або верхньої стінки цибулини ДПК або тіла шлунка	290	50 (14,71%)	<0,001
Інша локалізація	276	19 (6,44%)	
Вік, ≥ 70 р.	141	25 (15,06%)	0,058 (0,033**)
<70 р.	425	44 (9,38%)	

Систолічний АТ, мм. рт. ст., медіана (мін.–макс.)	110 (40–220)	100 (60–180)	НІ
Час від перших проявів кровотечі, діб, медіана (мін.–макс.)	1,0 (0,2–14)	2,0 (0,2–14)	НІ
Ендоскопічні ознаки активності кровотечі F IA	8	3 (27,27%)	0,043 (перші 2 рядки проти решти)
F Ix (1B+2B)	38	8 (17,39%)	
F IB	86	6 (6,52%)	
F IIA	209	26 (11,06%)	
F IIB	212	25 (10,55%)	
F IIC	13	1 (7,14%)	

* - неістотна різниця; ** - односторонній точний критерій Фішера.

Лише ін'єкційну терапію виконано у 317 пацієнтів, коагуляцію – у 93, комбіновану терапію – у 225 (229 з урахуванням первинних невдач). У 13 з 69 пацієнтів рецидиви кровотечі невеликої інтенсивності були виявлені при second-look ендоскопії без їх клінічних проявів. Успішною ендоскопічна терапія була у 37 випадках рецидиву, другий рецидив мав місце у 5 пацієнтів.

Таблиця 2

Результати застосування різних методів гемостазу

Характеристики	Лише процедури, виконані до 1 рецидиву ШКК			З врахуванням процедур, виконаних після рецидиву ШКК		
	Без рецидивів кровотечі	Рецидивів кровотечі	Значущість різниці, р	Без рецидивів кровотечі	Рецидивів кровотечі	Значущість різниці, р
Ін'єкційна терапія	309	44 (12,5%)	Ні*	283	34 (10,7%)	Ні
Коагуляційні методи	92	9 (8,9%)		88	5 (5,4%)	
Комбінований гемостаз	165	16 (8,8%)		195	30 (13,3%)	

* - неістотна різниця.

Лише ін'єкційну терапію виконано у 317 пацієнтів, коагуляцію – у 93, комбіновану терапію – у 225 (229 з урахуванням первинних невдач). У 13 з 69 пацієнтів рецидиви кровотечі невеликої інтенсивності були виявлені при second-look ендоскопії без їх клінічних проявів. Успішною ендоскопічна терапія була у 37 випадках рецидиву, другий рецидив мав місце у 5 пацієнтів.

Оперовано 47 пацієнтів, у т.ч. 3 з приводу триваючої первинної кровотечі, 24 — після рецидиву. Решті 20 виконано ранні превентивні

втручання з приводу високого ризику рецидиву кровотечі (18), стенозу дванадцятипалої кишки (1), перфорації виразки дванадцятипалої кишки (1).

Істотними предикторами рецидивів кровотечі були рівень гемоглобіну <80 г/л (відношення шансів (ВШ) 2,87; 95% довірчий інтервал (ДІ) 1,64–4,87; $p < 0,01$), розмір виразок понад 1,5 см (ВШ 2,87, 95% ДІ: 1,73–4,77; $p < 0,001$), локалізація в тілі шлунка або по задній і верхній стінках цибулини дванадцятипалої кишки (ВШ 2,50, 95% ДІ: 1,43–4,26; $p < 0,01$), триваюча струменева кровотеча або підтікання крові з–під згустка (ВШ 2,14; 95% ДІ: 1,09–4,43; $p = 0,043$) вік >70 р. (ВШ 1,71; 95% ДІ: 1,02–2,91; $p = 0,033$).

Висновки. Активна кровотеча та час ендоскопії, локалізація виразок в тілі шлунка та по задній і верхній стінках цибулини ДПК, їх розміри понад 1,5 см, масивний характер кровотечі, вік понад 70 р. є факторами ризику неефективності гемостазу. Second–look ендоскопії у 1–2 добу після гемостазу дають змогу виявити у хворих групи ризику «клінічно німі» рецидиви кровотечі, виконати ендоскопічний гемостаз у кілька етапів та поліпшити загальні результати лікування. Рецидиви кровотечі після ендоскопічного гемостазу у багатьох випадках можуть бути успішно ліковані при комбінованому застосуванні різних малоінвазивних (ендоскопічних і ендоваскулярних) методів гемостазу.

Ключові слова: пептичні виразки, шлунково–кишкові кровотечі, ендоскопічне лікування.

УДК: 616.149.26/.43–007.64–005.1–08

Матвійчук Б.О., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Кушнірук О.І., Артюшенко М.Є., Бубняк М.О., Сало В.М.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ З ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
кафедра хірургії і ендоскопії ФПДО

Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ. Кровотечі з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка залишаються одним з найгірших ускладнень портальної гіпертензії при цирозі печінки, виникнення яких різко погіршує прогноз для життя. Вони є причиною смерті до 1/3 усіх хворих на цироз печінки. Економічні і соціальні проблеми відсувають на невизначений термін можливість масової радикальної хірургічної допомоги таким хворим в Україні шляхом трансплантації печінки, це збільшує потребу у паліативних втручаннях з метою подовження їх життя.

Основний тягар лікування лягає на групу спеціалістів, яка повинна бути спроможна поєднати консервативну терапію з ендоскопічним лікуванням та ендovasкулярними втручаннями.

Матеріал та методи. З 2008 по 2015 рр. в міському центрі шлунково–кишкових кровотеч проведено 316 ендоскопічних втручань у 166 пацієнтів з ВРВ стравоходу і шлунка. З них — 91 (54,8%) чоловіків і 75 (43,2%) жінок віком 23–81 р.(медіана 54 р.).

Результати. З приводу кровотечі втручання виконано у 157 хворих, у 9 хв. воно було профілактичне при прогресуванні ВРВ (3 ст.), незважаючи на терапію бета–блокаторами або при її непереносимості. Лише у стравоході ВРВ мали 110 пацієнтів (66,3%), варикозно–розширені вени стравоходу і шлунка (EGV) 1 типу – 30 (18,1%), EGV 2 типу – 24 (14,4%), ізольований варикоз дна шлунка (IGV 1) — 2 (1,2%). Цироз класу В за Чайлд–П’ю був у 137 хворих, клас С — у 29 хворих. На висоті кровотечі виконано 9 сеансів склеротерапії і 2 лігування ВРВ стравоходу. У решти хворих вибір ендоскопічної тактики відтерміновували до компенсації стану і можливості докладного огляду шлунка та оцінки ступеня ВРВ шлунка. Тільки лігування ВРВ стравоходу виконано у 95 хв. (57,2%), склеротерапію (у т.ч. емболізацію ВРВ дна шлунка) – у 27 (16,3%), у решти — комбіновану терапію (44 хворих, 26,5%). При виявленні гастроезофагеальних ВРВ у першу чергу проводили облітерацію і склеротерапію ВРВ шлунка (паравазальна склеротерапія 1% полідоканолом або інтравазальна облітерація гістоакрилом).

Віддалене спостереження з повторними втручаннями тривало до 6 років. За той час проведено від 1 до 10 втручань у кожного хворого (у т.ч. 1–5 лігувань), у 78,9% хворих було достатньо лише 1–2 сесії. З ускладнень відмічено кровотечу під час лігування (4 хв.), рецидив кровотечі у стаціонарі (5 хв.), віддалені рецидиви кровотечі (20 хв.).

Симультанно з ендоскопічним лікуванням протягом 2010–2015 рр. 55 хворим проведено парціальну емболізацію селезінкової артерії (ПЕСА). Показаннями були гіперспленізм, EGV 2–3 ступеня та IGV 1. З анатомічних причин провести емболізацію не вдалося в 1 хворого. У результаті втручання значуще зменшувалися розміри селезінки, зростала кількість тромбоцитів, зменшувався діаметр ворітної і селезінкової вен. Крім того, зменшувався діаметр ВРВ, що робило подальші ендоскопічні втручання безпечнішими. Ускладнення — інфаркт селезінки з формуванням кісти виникли у 2 хворих, їх успішно проліковано шляхом дренивання під УЗ–наведенням. В 1 хворій настала реканалізація СА і через 3,5 р. проведено повторну ПЕСА.

Смерть в межах 30 днів від втручання від наростання печінкової недостатності настала у 6 (3,6% лікованих ендоскопічно) хворих, у т.ч. 2

хворих, яким було, крім того, проведено ПЕСА.

Висновки. Лікування хворих з кровотечами з ВРВ вимагає дотримання сучасних принципів лікування — введення вазоактивних препаратів, антибіотикотерапії, гепатопротекції тощо. Ендоскопічна ерадикація ВРВ успішна у хворих з класом В за Чайлд–П’ю, а в разі класу С — лише при позитивній динаміці після консервативної терапії. За наявності ВРВ шлунка лікування починаємо з їх ерадикації. Лігування ВРВ стравоходу проводимо до ерадикації вен 2–3 ст., склеротерапія ВРВ стравоходу має ад’ювантне значення. ПЕСА суттєво поліпшує загальний результат лікування. Такий підхід дає змогу суттєво покращити прогноз, якість і тривалість життя хворих.

УДК: 616.381–072.1–036.11

Милица Н.Н., Ангеловский И.Н., Милица К.Н., Ляшенко В.В.

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ГУ “Запорожская медицинская академия последипломного образования”,
кафедра хирургии и проктологии

Клинический опыт показывает, что из числа хирургических больных, поступающих в стационар, 25% составляют пациенты с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Именно при этой патологии велик удельный вес диагностических ошибок не только на догоспитальном этапе, но и в стационарах, что приводит к запоздалым вмешательствам. Поэтому разработка новых и усовершенствование существующих методов диагностики является актуальной проблемой.

Проанализировано 602 истории болезни пациентов, которым с целью уточнения диагноза была проведена диагностическая лапароскопия. Трудности в исследовании наблюдались у пациентов с ожирением. Больных распределили по 4 группам. В 1-ю группу вошли 163 (27,6%) пациента, у которых нельзя было исключить диагноз острого аппендицита. 2-я группа – 216 (35,9%) человек с симптомами перитонита неясной этиологии. 3-я группа была представлена 37 (6,2%) лицами с травмами живота, у которых не исключалось повреждение внутренних органов. 4-я группа состояла из 183 (30,4%) больных с патологией гепатобиллиарной зоны.

Активная хирургическая тактика при остром аппендиците предопределяет использование и оптимальной диагностической программы. Как показали наши наблюдения, клиничко–лабораторные методы обследования, проведенные у 163 больных 1-й группы, в 69% случаев оказались

неинформативными, что свидетельствует о необходимости применения лапароскопии. Это исследование у 60 (37%) больных 1-й группы было выполнено в первые часы от момента поступления в стационар, у 103 (63%) – через 2 часа динамического наблюдения. Верифицировать диагноз нам удалось у 152 (93,3%) больных. Однако острые воспалительные изменения в червеобразном отростке были обнаружены у 116 (71%) больных, у 42 (26%) – диагностирована гинекологическая патология, у 5 (3%) – прочие заболевания. Во 2-й группе клинико-лабораторные и специальные методы исследования в 39% случаев оказались неинформативными. В первые 2 часа от момента поступления показания к лапароскопии были определены у 123 (57%) больных. У 93 (43%) пациентов ввиду диагностических трудностей исследование было выполнено через 2 часа динамического наблюдения. При этом верифицировать диагноз удалось у 213 (98,6%) больных. В 3-й группе из 37 больных методы исследования оказались информативными лишь в 44,5% случаев. Поэтому у 27 (75%) больных уже в первые 2 часа была выполнена лапароскопия. Верифицировать диагноз удалось у 35 (94,6%) больных, а у 19 (53%) больных удалось избежать диагностических лапаротомий. В 4-й группе 78 (43%) человек были госпитализированы в первые сутки от начала заболевания. В 50% случаев дополнительные методы исследования оказались неинформативными. При отсутствии показаний к экстренной операции в настоящее время предлагаются различные варианты тактических решений. Оптимальные сроки консервативной терапии также окончательно не установлены. В данной группе у 24 (13%) больных лапароскопию выполнили в первые 2 часа от момента поступления в стационар, в 87% случаев – в более поздние сроки. При этом у 175 (96%) больных удалось верифицировать диагноз, но патология гепатобилиарной зоны была диагностирована лишь у 60% больных.

Таким образом, на основании анализа эффективности лапароскопического метода исследования нами выявлена его высокая разрешающая способность, которая в зависимости от характера патологического процесса варьирует от 93,3 до 98,6%.

Применение диагностической лапароскопии позволяет значительно снизить процент диагностических ошибок, сократить период установления диагноза, своевременно осуществить неотложное оперативное вмешательство. Высокая информативность и малая травматичность лапароскопического исследования выгодно отличает его от диагностической лапаротомии.

Параняк М.Р., Малиновський А.В.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ФУНДОПЛІКАЦІЯ, ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Одеський національний медичний університет
кафедра хірургії №1

В 4–15% пацієнтів, що звертаються за медичною допомогою до оториноларингологів (ЛОР) діагностують патологію асоційовану з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Консервативна терапія при таких захворюваннях неефективна у кожного четвертого пацієнта.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності хірургічного антирефлюксного лікування пацієнтів з екстра–езофагеальними ЛОР проявами ГЕРХ.

Матеріали та методи. З березня 2001 року по грудень 2012, на базі відділень загальної хірургії та малоінвазивної хірургії Одеської ОКЛ було виконано лапароскопічні фундоплікації 1386 пацієнтам. У 271 хворого були наявні позастравохідні ЛОР прови ГЕРХ. Хірургічне лікування проводилось по методиці Ніссен у 87,1% випадків, по методиці Тупе в 12,9%. Віддалені результати лікування в термін від 2–х до 5 років було простежено у 220 пацієнтів. Із них 110 жінок та 110 чоловіків, віком від 26 до 67 років. Перед виконанням операції кожному пацієнту проводили ендоскопічне та рентгенологічне обстеження стравоходу і шлунка, 270 хворим було виконано цілодобовий внутрішньо стравохідний рН–моніторинг з оцінкою індексу DeMeester, і манометричне обстеження стравоходу. Усім хворим проводили опитування з використанням опитувальників запропонованих Koufman і співавт. в 2001р. для виявлення індексу симптомів рефлюкса (ICR). В перед– та післяопераційному періодах визначали рівень якості життя, за допомогою опитувальника якості життя гастроентерологічних хворих.

Результати та їх обговорення. Серйозних інтра– та післяопераційних ускладнень у оперованих хворих не було. Після проведенного операційного лікування у хворих було виявлено зниження середнього показника індекса симптомів рефлюкса з $22,8 \pm 5,4$ до $11,83 \pm 4,8$ ($p < 0,001$). Індекс DeMeester знизився після операції з $59,8 \pm 11,2$ до $13,4 \pm 5,6$ ($p < 0,001$).

При порівнянні ефективності методик фундоплікацій, було виявлено статистично достовірні переваги в зниженні середньої оцінки індекса симптомів та індекса DeMeester у пацієнтів оперованих по методиці Ніссен, ніж у хворих яким проводили фундоплікацію по Тупе: відповідно $10,4 \pm 3,4$ і $17,8 \pm$

4,6 ($p < 0,05$) та $11,6 \pm 4,8$ і $23,8 \pm 4,2$ ($p < 0,05$).

Задоволені результатами операцій були 187 (85%) пацієнтів, 33 (15%) очікували кращих результатів. Якість життя після операції у 55(25%) пацієнтів по даних індексу якості життя гастроентерологічних хворих (GIQL) розцінено на відмінно (GIQL= 136 ± 10), у 61(27,7%) пацієнтів як добру (GIQL= $118 \pm 7,5$), у 82 (37,3)% як задовільну (GIQL= $92 \pm 5,6$), у 22(10%) пацієнтів як погану (GIQL= $56 \pm 7,5$).

Висновки. Лапароскопічна фундоплікація являється ефективним методом лікування пацієнтів з оториноларингологічними позастравохідними проявами ГЕРХ. При виборі методики хірургічного лікування для пацієнтів даної категорії доцільнішим є виконання фундоплікації по Ніссену.

УДК: 616.33/.34–006.5:577.115.3

Пікас П.Б., Полінкевич Б.С., Брюзгіна Т.С.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЛІПІДІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПОЛІПИ КИШЕЧНИКА

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
кафедра хірургії та трансплантології
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
відділ газової хроматографії

Актуальність. Відомо, що усім захворюванням властиві певні зміни інтенсивності перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), основним субстратом яких є фосфоліпіди мембран. При гідролізі фосфоліпідів утворюються лізосполуки і жирні кислоти (ЖК), з яких найбільш чутливими до ПОЛ є лінолева ($C_{18:2}$) та арахідонова ($C_{20:4}$) ЖК.

У просвіті товстої кишки утворюються оцтова і пропіонова кислоти, а також масляна ЖК (коротколанцюгова), яка підтримує гомеостаз кишечника та посилює його бар'єрну функцію. Дефіцит масляної кислоти сприяє розвитку запальних процесів у кишечнику, виразкового коліту і раку товстої кишки, оскільки цій кислоті властиві протизапальна та антиканцерогенна дії. В організмі людини одні жирні кислоти взаємоперетворюються в інші (завдяки приєднання чи відщеплення вуглецю). Тому якісні і кількісні їх зміни можуть свідчити про наявність патологічного процесу та активність цих реакцій.

Мета дослідження – оцінити склад жирних кислот у сироватці крові у хворих на поліпи кишечника.

Матеріал та методи. Було обстежено 35 (53,0 %) здорових осіб (I група, порівняння) та 31 (47,0 %) хворий, у яких виявили 1–2 поліпи кишечника (II

група). Дослідження проводили на базі клініки Державної установи «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України, де хворі знаходились на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні. За допомогою фіброколоноскопії виявляли поліпи будь-якого розміру на всіх ділянках товстої кишки, за допомогою фіброгастродуоденоскопії виявляли поліпи шлунка і дванадцятипалої кишки. Під час ендоскопічного дослідження проводили забір матеріалу поліпа для біопсії (з метою виключення чи підтвердження його малігнізації) та їх морфологічне вивчення. У здорових осіб та хворих із поліпами кишечника вивчався склад жирних кислот ліпідів у сироватці крові (біохімічним методом) на газорідному хроматографі серії «Цвет – 500». Кількісну оцінку складу жирних кислот ліпідів у сироватці крові проводили за методом нормування площ шляхом визначення піків їх метилових ефірів та їх частки (у %).

Результати та їх обговорення. В осіб II групи зростав вміст поліненасичених жирних кислот (ПН ЖК) до $(41,8 \pm 1,8)$ % ($p < 0,001$) при $(18,8 \pm 1,8)$ % у здорових осіб (I група), в результаті збільшення рівня лінолевої ($C_{18:2}$) та арахідонової ($C_{20:4}$) ЖК. Рівень лінолевої ЖК ($C_{18:2}$) зростав до $(25,1 \pm 1,5)$ % у пацієнтів II групи ($p < 0,001$) при $(16,0 \pm 1,4)$ % у групі порівняння (I група). Рівень арахідонової ЖК ($C_{20:4}$) зростав до $(14,5 \pm 1,0)$ % у II групі ($p < 0,001$) при $(2,8 \pm 0,3)$ % у здорових осіб.

Сумарний вміст насичених жирних кислот достовірно знижувався в осіб II групи до $(41,0 \pm 1,6)$ % ($p < 0,001$) при $(57,0 \pm 2,0)$ % у здорових осіб. У сироватці крові у хворих із поліпами кишечника з'являлись міристинова ($C_{14:0}$) та маргарінова ($C_{17:0}$) ЖК ($p < 0,001$), які відсутні в групі порівняння (I). В осіб II групи кількість міристинової ЖК ($C_{14:0}$) склала $(13,1 \pm 1,0)$ %, а маргарінової ЖК ($C_{17:0}$) – $(0,9 \pm 0,1)$ %. В осіб II групи у сироватці крові достовірно знижувалась кількість пальмітинової ($C_{16:0}$) та стеаринової ($C_{18:0}$) ЖК: відповідно до $(21,4 \pm 1,0)$ % і $(4,0 \pm 0,4)$ % ($p < 0,001$) порівняно із I групою, де рівень пальмітинової ЖК становив $(41,9 \pm 0,9)$ %, а стеаринової – $(15,1 \pm 1,3)$ %.

Висновки. У хворих із поліпами кишечника склад жирних кислот ліпідів змінений (зростає сумарний вміст ненасичених жирних кислот (в тому числі поліненасичених) та знижується сумарний вміст насичених жирних кислот) порівняно із здоровими особами, що свідчить про необхідність проведення їх корекції при лікуванні даних пацієнтів.

Покидько М.І., Желіба М.Д., Жупанов О.А.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 2

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра загальної хірургії

Гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМеК) – одне з найтяжчих за перебігом і прогнозом патологічних станів в ургентній абдомінальній хірургії, воно супроводжується надзвичайно високою летальністю. Проблема полягає в тому, що ці пацієнти госпіталізуються не в відділення судинної хірургії, де є можливість ангіографічної діагностики. Надання невідкладної допомоги цьому найтяжчого контингенту хворих було і залишається долею загальних хірургів.

Лапароскопічний метод як і раніше залишається вирішальним при будь-якому вигляді гострої хірургічної патології, де ГПМеК винятком не є. За допомогою лапароскопії є можливість протягом короткого часу уточнити характер ураження кишкового тракту, тому що від вибору тактики лікування залежить прогноз.

В хірургічній клініці МКЛ ШМД з кожним роком збільшується кількість хворих з ГПМеК, що закономірно на тлі поширення серцево–судинних ускладнень. Тому лапароскопія все ширше впроваджується в діагностичний алгоритм.

За період 2010–2015 р.р. в клініку було госпіталізовано 68 хворих з ГПМеК, віком від 56 до 91 років, середній вік яких склав $72,8 \pm 4,6$ р., серед них 60,1% склали жінки, та 39,9% – чоловіки. У 100% пацієнтів була супутня серцево–судинна патологія (ІХС, гіпертонічна хвороба, постінфаркний коронаросклероз, тощо). Стан усіх хворих оцінювався як важкий та вкрай важкий з гемодинамічними порушеннями. В таких умовах важливим є визначення абсолютних показів до операції. Тому, при складностях в діагностиці було використано лапароскопію.

Діагностичну лапароскопію виконано в 18 хворих (26,5%), при якій було встановлено у 15 (22,1% від загального масиву хворих з ГПМеК, та 83,3% від хворих з діагностичною лапароскопією) мезентеріальний тромбоз, при чому у цих хворих діагностовано венозний тромбоз, чим ретроспективно можна пояснити важкість діагностики, тому що цей вид мезентеріального порушення протікає без вираженого больового синдрому. У 3 хворих діагностовано

мезентеріальну ішемію: парієтальна та вісцеральна очеревина гладенька, випіт відсутній, петлі кишки блідо–рожеві з ціанотичним відтінком, перистальтичні рухи спастичного характеру тощо. Цим пацієнтам було призначено антикоагулянтну, спазмолітичну терапію та ангіопротектори. В подальшому показів до операції не виникло.

Лапароскопічну діагностику також проводили при двохетапних оперативних втручаннях з приводу ГПМеК, коли при первинній лапаротомії було діагностовано ГПМеК з сегментарним тромбозом некрозом ділянки тонкої кишки і її резекцією та виведенням ентеростоми, лапароскопія виконувалась для виключення поширеності мезентеріального тромбозу, відновлення адекватного кровопостачання та прогнозування II етапу хірургічного лікування з відновлення пасажу по кишечнику.

Таким чином, лапароскопія є важливим елементом в діагностичному алгоритмі клініки гострого порушення мезентеріального кровообігу і її широке впровадження та використання покращує показники лікування та прогнозу захворювання.

УДК: 616.37 – 002.4 – 085– 037

Покидько О.А., Жупанов О.А., Богачук М.Г.

ДІАГНОСТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПЕРЕБІГУ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ В УМОВАХ ВІТ ВТОРИННОГО РІВНЯ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 2

Проаналізований досвід лікування 282 хворих на деструктивний ГП в МКЛ ШМД м. Вінниці у 2011–2015 рр. Всі пацієнти з важкими формами ГП госпіталізувались у ВІТ. Для оцінки тяжкості стану хворих з ГП застосовували шкали APACHE III, Ranson, Glasgow та оцінка поліорганної недостатності згідно MOF та динамічним СКТ дослідженням.

Багатофакторна система оцінки важкості стану хворих (J.Ranson, 1974) найбільш адаптована до умов діагностики у ВІТ вторинного рівня для ГП. Основними критеріями цієї системи є вікова характеристика, час госпіталізації від маніфестації хвороби, основні лабораторні показники: лейкоцитоз в перші 48 год., зниження гематокриту, глікемія; біохімічні показники: активність ЛДГ, АсАТ, збільшення рівня сечовини більше, зниження рівня кальція, а також рівень сатурації кисню. У хворих з деструктивним ГП обов'язковою була оцінка ПОН згідно MOF.

Основним кореляційним зв'язком з лабораторними показниками

служили дані, отримані при лапароскопії, мініінвазивних ендоскопічних втручаннях, КТ або СКТ підшлункової залози та черевної порожнини.

Розподіл хворих на деструктивний ГП за шкалою Ranson на момент госпіталізації відповідав у 9,6% (27 хворих) дрібновогнищевому, тобто легкого ст. ГП, 42,9% (121 хворих) середньому ст. важкості або крупновогнищевому ГП, 46,8% (132) відповідно важкому ст. ГП, тобто субтотальному та тотальному панкреонекрозу, та у 2 хворих (0,7%) – фульмінантна форма ГП.

За шкалою APACHE III розподіл хворих відбувався наступним чином: прогностично благоприємний результат перебігу ГП визначався у 10,6% (30 хворих), тобто вірогідність летальності – до 4%, з ризиком до 16% (до 15 балів) – 40,8% (115 хворих), до 20 балів у 3 4,4% (97 хворих) та вище 20 балів з ризиком летальності до 100% – 14,2% (40 хворих).

Летальність хворих з ГП склала 10,3% (30 хворих, які ввійшли до III та IV груп за шкалою Ranson). На КТ в перші 48 год. госпіталізації та в динаміці у пацієнтів I групи за шкалою Ranson визначались дифузні зміни в паренхімі ПЗ, скопичення рідини в малій чепцевій сумці; в II групі за шкалою Ranson були виявлені осередки некрозу від 1–2 см в ПЗ, рідинні скопичення в черевній порожнині та малій чепцевій сумці, інфільтрація тканин брижі та заочеревинного простору; в III та IV групах визначались поширені некрози ПЗ, що в динаміці збільшувались, значне накопичення рідини в черевній порожнині та заочеревинному просторі, виражена динамічна непрохідність кишечника. У всіх групах, окрім 25 хворих I групи було виявлено різного ступеня явища ПОН.

Діагностичний моніторинг хворих з важким ГП показав діагностичну чутливість, специфічність і точність прогностичних систем Ranson і APACHE III, які співставимі і корелюють з КТ– картиною ПЗ при ГП.

Висновки:

1. Діагностичні системи Ranson, APACHE III та MOF є репрезентативними для оцінки важкості важких форм ГП в умовах ВІТ вторинного рівня.
2. Є прямий кореляційний зв'язок між прогностичними системами оцінки перебігу важких форм ГП та сучасними міні– та неінвазивними методами діагностики.
3. Використання систем прогнозу та динаміки перебігу ГП дає змогу об'єктивного оцінювання стану пацієнта та корекції ускладнень.

Покидько М.І., Жупанов О.А., Богачук М.Г.

ЛАПАРОСКОПІЧНА КИШКОВА СИМПАТЕКТОМІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 2

Мініінвазивні технології все ширше входять в сучасну хірургічну практику. Проте, лапароскопія, як спосіб корекції спайкового процесу в черевній порожнині, лише в останні роки стала здобувати своїх прихильників. Це пояснюється накопиченим досвідом в використанні цієї технології та удосконаленням її технічних можливостей.

В основу “Способу профілактики післяопераційної спайкової хвороби” поставлено завдання підвищення ефективності профілактики післяопераційної спайкової хвороби шляхом блокади симпатичного стовбура після завершення планового ендоскопічного оперативного втручання, як завершальний етап, на рівні кореня брижі тонкої кишки зліва. Такий спосіб використаний у 22 хворих з допомогою лапароскопічного втручання. В анамнезі у хворих було від 2 до 11 оперативних втручань з приводу спайкової хвороби, в середньому кількість втручань склала 3,4 рази. Середній вік хворих склав 45,4 роки.

Для порівняння отриманих результатів провели дослідження в контрольній групі хворих (n=5), які були прооперовані з приводу спайкової хвороби черевної порожнини та гострої спайкової кишкової непрохідності. Для репрезентативності отриманих результатів в цю групу були відібрані хворі, основні вікові, статеві та анамнестичні показники яких репрезентативні з показниками основної групи дослідження. Після операції у всіх хворих основної групи зареєстроване раннє відновлення перистальтики кишечника (в середньому через $10,6 \pm 0,6$ год.). Гази відійшли на кінець другої доби (через 32 год. після операції). Вказаний спосіб значно підвищує ефективність профілактики післяопераційної спайкової хвороби, дозволяє швидко відновити перистальтику в ранньому післяопераційному періоді і має тривалу післядію, є досить простим в виконанні. Слід відзначити отриманий факт зменшення вираженості больового синдрому у хворих основної групи.

Отриманий анальгезуючий ефект після виконання симпатеکتомії дав можливість зменшити кількість використання наркотичних анальгетиків в середньому до 8,4 од., тоді як в контрольній групі цей показник склав 24 од., тобто, майже в 3 рази більше. Зменшення необхідності використання наркотичних анальгетиків призвело також до зменшення небажаних побічних ефектів цих препаратів, одним з яких є гальмування перистальтики кишечника і

викликаний таким чином більш тривалий післяопераційний парез, що погіршує загальний стан хворих та сприяє активізації процесів спайкоутворення в черевній порожнині в ранній післяопераційний період.

Таким чином, за результатами клінічного застосування виконання кишкової симпатеکتомії є патогенетичним методом лікування рецидивуючих форм спайкової кишкової непрохідності, що попереджує утворення спайкового процесу в ранньому післяопераційному періоді, про що свідчать основні клінічні показники відновлення функції шлунково–кишкового тракту, а також загальні якісні характеристики перебігу післяопераційного періоду в порівнянні контрольної та основної груп спостереження.

УДК: 616.37–002.191–089+617.55(082)

Ратчик В.М., Шевченко Б.Ф., Бабій О.М., Тарабаров С.О., Пролом Н.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ КІСТОЗНИХ УТВОРЕННЯХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”

У хірургічному відділенні органів травлення за період 2011–2015 рр. обстежено 91 пацієнт з кістозними утвореннями підшлункової залози (ПЗ). Серед обстежених чоловіки склали 75 (82,4 %), жінки – 16 (17,6 %), віком від 35 до 56 років, в середньому – $(47,3 \pm 2,33)$ роки.

На підставі даних загально–клінічних, біохімічних, інструментальних (УЗД, СМКТ, МРТ, ЕРПХГ, ГДС) досліджень для ендохірургічних втручань відібрано 22 хворих з кістозними утвореннями ПЗ.

Ендохірургічні транспапілярні стентування головної панкреатичної протоки (n=6) та загальної жовчної протоки (n=9) при вірсунгодилатації або механічній жовтяниці з гіпертензією, як первинний етап лікування, виконано у 15 хворих, що зменшило інтенсивність больового синдрому та прояви механічної жовтяниці, стабілізувало лабораторні показники та дозволило швидше підготувати хворого до оперативного лікування.

Ендохірургічне формування трансмурального співустя між просвітом полого органу та порожниною кісти з використанням трьохпросвітного голкового Ultratome дозволило виконати ендоскопічні трансмуральні дренивання, як основний і заключний етап лікування, у 7 хворих з сформованими псевдокістами ПЗ: трансгастральне (n=4) і трансдуоденальне (n=3) дренивання.

Отже, при кістозних утвореннях ПЗ застосування ендохірургічних технологій можливо у $\frac{1}{4}$ (24,2 %) хворих.

Свириго П.В., Тесленко С.Н., Гончарова Н.Н., Прокопенко К.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Харьковский национальный медицинский университет
кафедра хирургии № 2

Цель исследования: оценить результаты применения торакоскопии (ТС) в диагностике и лечении спонтанного пневмоторакса (СП).

Материалы и методы. В 2010–2015 гг. на лечении находилось 25 пациентов с диагнозом СП. Методами диагностики изменений в паренхиме легких и СП были рентгенография в 2–х проекциях, спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки. ТС выполняли с использованием эндовидеохирургического комплекса «Азимут» (Россия). Проводилось дренирование плевральной полости по Бюлау. Из них 20 (80%) спустя 48 часов с момента госпитализации в связи с продолжением поступления воздуха по дренажу, буллезно–дистрофических изменений легочной ткани были прооперированы ТС. Все изменения при ТС трактовали в соответствии с классификацией R. Vanderschueren и C. Boutin: I тип – отсутствие визуальной патологии, II тип – наличие плевральных сращений и шварт, III тип – субплевральные буллы диаметром 2 см, IV тип – буллы, более 2 см в диаметре. ТС проводили с использованием эндотрахеального севофлюоранового наркоза.

Результаты и обсуждение. Изменения I типа не были выявлены ни у одного из больных, II типа – выявлены у 8 (40%) больных, которым проводился адгезиолизис с плевродезом (ПД) путем диатермокоагуляции (ДТК), III типа – у 8 (40%) больных, у которых буллы ликвидированы путем электрокоагуляции биполярным электродом. IV тип изменений выявлен у 4 (20%) больных, которым выполнена атипичная резекция верхушек легких. Средняя продолжительность ТС 45,5±3,5 минут. Дренажи удалялись после прекращения экссудации в течении первых суток послеоперационного периода. У 15(75%) больных легкое расправилось через 3–6, у 5(25%) – через 6–12 часов.

Выводы. СКТ является достоверным методом диагностики буллезной эмфиземы легких, как фактора возникновения СП. ТС позволяет определить причину СП и радикально устранить его источник в 100% случаев. Применение ПД путем ДТК является надежным способом профилактики рецидива СП.

Свиренко П.В., Тесленко С.Н., Гончарова Н.Н., Прокопенко К.А.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Харьковский национальный медицинский университет
кафедра хирургии № 2

В настоящее время эмпиема плевры (ЭП) встречается у 3–5% больных с гнойно–воспалительными заболеваниями, требующими хирургического лечения [Шестов А.А., Злобин В.Г., 2007]. Среди данной категории больных особенно важным является своевременное высокоэффективное оказание хирургической помощи больным с острой ЭП. Открытые оперативные вмешательства более травматичны и, соответственно, требуют более длительного послеоперационного периода в сравнении с видеоторакоскопическими операциями (ВТО) [Хамидуллин Р.Г., Сигал Е.И., 2001]. Внедрение ВТО позволяет улучшить результаты лечения ЭП [Drain J., Ferguson J., 2007].

Цель исследования: оценить результаты применения ВТО в лечении острой ЭП.

Задача: провести анализ лечения больных острой ЭП с 2009 по 2013 г. путем применения ВТО.

Материалы и методы. С 2009 по 2015 г. в клинике на лечении находились 17 пациентов с диагнозом острой ЭП. Из них: мужчины составили 11 (64,7%), женщины – 6 (35,3%). Средний возраст больных составил 45,6 лет. Методами диагностики изменений в грудной клетке были: рентгенография органов грудной клетки в 2–х проекциях, спиральная компьютерная томография. Постпневмоническая этиология отмечена у 10 (58,2%) больных, посттравматическая у 7 (41,2%). Соответственно классификации ЭП по распространенности [Лукомский Г.И., 1976] нами выявлены следующие формы острой ЭП: тотальная – 1 (5,9%), распространенная – 4 (23,5%), локализованная – 12 (70,6%). ВТО выполняли с использованием эндовидеохирургического комплекса «Азимут» (Россия). Всем больным производилось направленное дренирование плевральной полости по Бюлау. Все операции проводились с использованием эндотрахеального севофлюранового наркоза.

Результаты. Обязательными этапами ВТО по поводу острой ЭП были: ревизия плевральной полости, полная аспирация гноя, фибрина; промывание полости раствором декасана; частичная или полная декортикация легкого; выполнение плевродеза путем диатермокоагуляции; направленное дренирование плевральной полости. Все больные, независимо от распространённости процесса,

были оперированы в первые сутки с момента поступления. Средняя продолжительность операции составила 45,5 минут. Дренажи удалялись после прекращения экссудации и расправления легкого. В лечении данной патологии применяли антибактериальные препараты в комбинации: цефалоспорины, фторхинолоны и антианаэробы. Послеоперационных осложнений, летальности не отмечено. Средняя продолжительность лечения больных составила 11,5 суток.

Выводы. Раннее применение ВТО эффективно и безопасно для лечения острой ЭП. Применение ВТО в сочетании с плевродезом и адекватным направленным дренированием плевральной полости позволяет не только устранить данное заболевание, но и избежать его переход в хроническую форму.

УДК: 616.45–006–089–036.8

Скумс А.В., Гулько О.Н., Кондратюк В.А., Симонов О.М.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Национальный Институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова
НАМН Украины,
отдел объединённой патологии и заболеваний брюшинного пространства

Способность гормональноактивных опухолей надпочечников, а особенно хроматофильных, синтезировать стрессовые гормоны, накапливать и выделять их в сосудистое русло в огромном количестве (в течение операции концентрация в крови катехоламинов может в сотни раз превышать нормальные значения) приводит к гемодинамическим нарушениям, фатально опасным для жизни больного.

Целью нашего исследования было изучение результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями надпочечников, которым адреналэктомию (в открытом или лапароскопическом варианте) выполняли после предварительной эндоваскулярной эмболизации артерий и электрокоагуляции центральной вены пораженного надпочечника.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2016 гг. в отделе хирургии сочетанной патологии и заболеваний брюшинного пространства было выполнено 14 адреналэктомий (8 лапароскопических и 6 открытых) при различных опухолевых заболеваниях надпочечников. Критерием выбора способа оперативного вмешательства служил размер опухоли. Опухоли до 6 см оперировали лапароскопически. В исследованной группе было 5 (36%) мужчин и 9 (64%) женщин в возрасте от 34 до 69 лет. Гистологические формы опухолей надпочечников были следующие: феохромоцитома – 10 (71,4%), альдостерома – 1 (7,1%), адренокортикальный рак – 2 (14,3%), кортикостерома – 1 (7,1%).

Правостороння локалізація була у 8 (57,1%) больних, лівостороння – у 6 (42,9%) больних. Середній розмір опухолевого ураження склав 7,8 (від 5 до 16) см. Всім больним на першому етапі виконували рентгенендоваскулярну коагуляцію центральної вени, а в 6 випадках – і селективну емболізацію артерій надпочечників.

Для цього катетери проводили через бедрену артерію і вену під контролем рентгентелебачення. Після артеріографії, послідовно катетеризували аорту, печінку, діафрагмальну артерію і послідовно селективно емболізували артерії, кровоснабжаючі уражений надпочечник. Після виконання діагностичної флебографії металевий провідник Сельдингера вводили в просвіт центральної вени на всю її довжину. Провідник виконував роль моноактивного електроду. Дистальний кінець його приєднали до електрохірургічного апарату. Електрокоагуляцію проводили з допомогою струму високої частоти в часі 2–3 секунд при силі струму 4–5 А. Венозна стінка бедренної, нижньої порожньої і печінкової вен захищена від впливу електричного струму катетером, який виконує роль ізолятора.

Всі больні були прооперовані на наступні дні.

Результати. Осложнень в часі проведення рентгенендоваскулярного етапу ми не спостерігали. Через 5–6 хвилин після електрокоагуляції, проводилась контрольна флебографія, на якій констатували повну оклюзію вени.

В часі проведення операцій яких-небудь гемодинамічних порушень не спостерігали. Конверсії не було. Кровопотеря мінімальна. Гемотрансфузії не вироблялись. Неспецифічних ускладнень в післяопераційному періоді не було.

Таким чином, мультидисциплінарний підхід в лікуванні пухлин надпочечних залоз дозволяє мінімізувати ризик виконання адреналектомії.

УДК: 547.93+616–089+616.361+616.36–008.5

Ткачук–Григорчук О.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМПУЛЬСНОЇ ПЛАНТАРНОЇ КОМПРЕСІЇ, ЯК МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Івано–Франківський національний медичний університет,
кафедри загальної хірургії

Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок (ТГВНК) є частим ускладненням

лапароскопічних хірургічних втручань. Механічні методи профілактики включають в себе еластичне бинтування (ЕБ), а також методи пневматичної компресії кінцівок. Метою дослідження є порівняння ефективності різних методів механічної профілактики ТГНВК. Застосували пристрій для імпульсної плантарної компресії (ІПК) «Kendall 6060» у порівнянні з класичним методом ЕБ нижніх кінцівок. Оцінювали швидкість венозного повернення крові, ступінь зростання швидкості кровотоку при застосуванні компресії, вплив індексу маси тіла (ІМТ), віку та статі на середню пікову швидкість. Обстежено 60 хворих, які перенесли лапароскопічну холецистектомію з приводу жовчекам'яної хвороби. В дослідній групі з 30 пацієнтів застосували ІПК. У контрольній групі з 30 хворих застосовували метод ЕБ. Для вимірювання швидкості венозного кровотоку застосовували ультразвукову доплерографію. Виявлено, що ступінь приросту швидкості кровотоку залежить від калібру вени і від методу профілактики. Так, на задній великогомілковій вені метод ІПК забезпечує одинадцятикратний приріст, тоді, як при ЕБ спостерігається лише п'ятикратний приріст. Одночасно на підколінних венах отримано трикратний приріст при ІПК та двохкратний приріст при ЕБ. У хворих старшої вікової групи та у хворих з збільшенням ІМТ ефективність ЕБ знижується, тоді, як при застосуванні ІПК зниження ефективності незначне.

Метод ІПК є більш ефективним у цілому і значно ефективнішим при використанні у хворих старших вікових груп та у хворих з високим ІМТ.

УДК: 617.553-006-07-089

*Усенко А.Ю., Скумс А.В., Гулько О.Н., Фуркало С.Н., Кондратюк В.А.,
Симонов О.М., Цубера Б.И., Сухачев С.В., Егорова О.Н., Скумс А.А.*

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕОРГАНЫХ ЗАБРЮШИНЫХ ОПУХОЛЕЙ

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А.
Шалимова»,

отдел объединённой патологии и заболеваний забрюшинного пространства

Радикальное удаление забрюшинных новообразований сопряжено с угрозой массивного и сверхмассивного (до 70% объёма циркулирующей крови) кровотечения, повреждения жизненно важных органов и относится к числу очень травматичных вмешательств с высокой степенью операционного риска.

Цель исследования: анализ результатов комбинированного применения рентгенэндоваскулярной эмболизации оперативного лечения при неорганных забрюшинных опухолях.

Материалы и методы. За период январь 2015 по февраль 2016 гг. на лечении с НЗО находилось 10 больных. Женщин было 7 (70%) и мужчин – 3 (30%). Возраст пациентов от 35 до 67 лет. Протокол исследования включал выполнение спиральной компьютерной томографии с трехмерной реконструкцией сосудов для определения источников артериального кровоснабжения опухоли. Затем выполняли селективную рентгеноэндоваскулярную эмболизацию сосудов опухоли. Хирургическое вмешательство выполняли на следующий день после эмболизации.

Результаты. В зависимости от локализации опухоли и ее кровоснабжения выполнена эндоваскулярная эмболизация ветвей внутренней подвздошной артерии (3 случая), надпочечниковых артерий (3 случая), селезеночной артерии (3 случая), а также ветвей нижней брыжеечной артерии и крестцовой артерии. У 4 больных объем операции – удаление забрюшинной опухоли, в 6 случаях выполнены мультивисцеральные резекции: удаление забрюшинной опухоли, в сочетании с нефрэктомией – 2, дистальной резекцией поджелудочной железы и спленэктомией – 1, нефрэктомией, дистальной резекцией поджелудочной железы и спленэктомией – 1, дистальной резекцией поджелудочной железы, спленэктомией и резекцией желудка – 1, эпинефрэктомией – 1.

Размеры опухоли варьировали от 13 до 45 см. По данным гистологического обследования были обнаружены: липосаркома – у 4 пациентов, фибросаркома – у 2, лейомиосаркома – 2, фиброма – у 1; гемангиоперицитомы – у 1. Объем кровопотери составлял от 200,0 до 300,0 мл. Гемотрансфузию не проводили ни в одном случае.

Выводы. Комбинированное хирургическое лечение НЗО, включающее предварительную рентгеноэндоваскулярную эмболизацию артерий, кровоснабжающих опухоль, уменьшает риск интраоперационного кровотечения и объем кровопотери.

УДК: 616–089+616.342

Чурній І.К., Чурній К.Л., Мельник І.В., Чурній В.К.

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Івано–Франківський національний медичний університет,
кафедра хірургії стоматологічного факультету

Вступ. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК) – одне з найбільш поширених захворювань шлунково–кишкового тракту. На цю

патологію страждає 3,5–12 % населення, з них 35–47 % – працездатного віку. Перебіг виразкової хвороби в 6–15% випадків ускладнюється перфорацією і складає в структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини 1,6 –3,4%.

Метою роботи було проаналізувати ефективність лапароскопічного лікування перфоративної виразки дванадцятипалої кишки та визначити покази щодо застосування малоінвазивного методу.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано результати лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК, які лікувались у хірургічному відділенні ЦМКЛ м. Івано–Франківська в період з 2013 по 2015 роки. За даний період проліковано 77 хворих. Переважно пацієнти були молодого віку, середній вік склав $34 \pm 1,1$ роки.

Вибір методу оперативного втручання обумовлений такими факторами, як тяжкість і розповсюдженість перитоніту, ступінь компенсації супутніх захворювань, локалізація, кількість виразок, розмір перфоративного отвору, вираженість перифокального запалення та інших ускладнень виразкової хвороби.

Показами до проведення лапароскопічного лікування при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки є: розмір виразки до 1,0 см, локалізація на передній стінці ДПК, відсутність ускладнень (кровотеча, стеноз).

Після оперативного доступу перше, що вважаємо за необхідне виконати – це евакуювати ексудат та провести санацію черевної порожнини антисептичними розчинами. Ця проста маніпуляція сприяє стабілізації тиску і пульсу внаслідок тимчасового зменшення потоку токсичних речовин з великої поверхні парієтальної та вісцеральної очеревини і позитивний результат спостерігається вже через декілька хвилин після її виконання. Наступний етап – діагностика для визначення об'єму операції та ліквідація джерела перитоніту. Важливим моментом після ліквідації джерела є повторна і можливо неодноразова санація черевної порожнини.

Лапароскопічне ушивання перфоративного отвору виконано у 32 хворих. Ушивання проводилось вузловими швами. Операцію закінчували санацією та дренажуванням черевної порожнини з чотирьох класичних точок. Після зашивання перфоративної виразки всім хворим призначалася антихелікобактерна терапія з подальшим повноцінним диспансерним наглядом.

Підставою для проведення конверсії була наявність щільного виразкового конгломерату з пенетрацією в гепатодуоденальну зв'язку, дзеркальні виразки та інші. Ускладненнями після лапароскопічної операції при перфоративній виразці були: гнійні ускладнення в троакарних ранах 4 (12,5%) хворих, післяопераційна пневмонія – 2 (6,25 %).

У хворих, яким проведена конверсія спостерігали наступні ускладнення:

нагноєння післяопераційної рани – 1 (2,22 %), післяопераційна пневмонія – 2 (4,45%) хворих, рання злукова кишкова непрохідність – 3 (6,7 %) хворих, неспроможність швів анастомозу – 1 (2,22%) хворого.

Середній термін перебування пацієнтів у стаціонарі при лапароскопічному ушиванні виразки склав $7 \pm 1,2$ л/дні, а при конверсії $10 \pm 0,9$ л/д.

Висновки. Проведення лапароскопічного втручання в умовах ургентної хірургії є методом вибору для верифікації патологічного вогнища з подальшим виконанням патогенетично обґрунтованого оперативного втручання.

Основною перевагою лапароскопічної операції є її мала травматичність, що веде до зниження больового синдрому, парезу кишечника, зменшенню утворення злук та медикаментозного навантаження на пацієнта в післяопераційному періоді, скороченню терміну перебування у стаціонарі.

УДК: 616.33–008.341.5–089

Шапринський В.О., Пашинський Я.М., Дзьоба А.І., Хитрук С.В.
СИНДРОМ МЕЛЛОРИ–ВЕЙССА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Вінницький національний медичний університет ім М.І. Пирогова,
кафедра хірургії № 1

Надання допомоги хворим з шлунково–кишковими кровотечами залишається однією з актуальних проблем хірургії, тому що частота шлунково–кишкових кровотеч зростає не тільки в Україні, а й в багатьох країнах світу. В тому числі за останнє десятиріччя спостерігається поступове чітке збільшення частоти випадків синдрому Меллорі–Вейсса (СМВ), або як його ще називають стравохідно–шлунковий розривно–геморагічний синдром. Це гостра хірургічна патологія, що зумовлена виникненням повздовжніх розривів слизової оболонки і глибше розташованих шарів кардіальної частини шлунку та абдомінальної частини стравоходу, що супроводжується кровотечею з них.

Частота СМВ серед кровотеч з верхніх відділів травного тракту становить 5 – 12,6% та 36–50% серед кровотеч невиразкового генезу з летальністю до 3%. Особливо відзначається збільшення числа пацієнтів серед осіб працездатного віку(20–55 років), значно переважають чоловіки, що становить важливу соціальну та медичну проблему.

Важливим патогенетичним чинником СМВ вважають натужне блювання, яке буває частіше у людей, які зловживають алкоголем, або переїданням. Але, залишається до кінця нез'ясованим відсутність виникнення даної патології при захворюванні гострим панкреатитом, гострою кишковою непрохідністю, гострою кишковою інфекцією та ін., що також

супроводжуються багаторазовим натужним блюванням. Окрім цього, бувають випадки розвитку СМВ коли взагалі немає блювоти в анамнезі. Тому, на даний час відсутня єдина думка про механізми розвитку СМВ, а отже і відсутнє патогенетичне та етіологічно обґрунтоване лікування.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих на синдром Меллорі–Вейсса, шляхом уточнення патогенезу захворювання та обґрунтування лікувальної тактики.

Експериментальна частина дослідження була виконана на 27 щурах, в яких змодельовано хронічну портальну гіпертензію шляхом поєднання внутрішньо-печінкового та допечінкового блоку системи ворітної вени. У тварин, що виводили з експерименту, брали матеріал печінки, стравоходу, стравохідно–шлункового переходу та шлунку для подальшого гістологічного дослідження. Патологічні зміни стравоходу та шлунку були помітними вже на 4 тижні експерименту. На пізніших термінах дослідження зміни були яскравіше вираженими.

Експериментальними дослідженнями було встановлено, що у відповідь на підвищення портального венозного тиску в дистальній частині стравоходу виникають ознаки езофагіта, а саме вогнищево–розповсюджений розпад клітин поверхневих шарів епітелію (поверхневі ерозії), а на деяких ділянках відзначається розпад всіх шарів епітелію з оголенням власної пластинки слизової оболонки стравоходу тобто відбуваються глибокі ерозії. В ділянці стравохідно–шлункового переходу відбувається виражене новоутворення судин. Такі новоутворені вени не мають повноцінної судинної стінки, котра значно потоншена, атрофована та більш схильна до розриву. Дегенеративні зміни стінок вен та кавернозна трансформація їх просвітів, обумовлюють ерозійно–виразкові ураження епітелію та виникнення кровотеч з езофагокардіальної ділянки.

Під нашим спостереженням було 152 хворих з СМВ, які лікувались з 2009 по 2015 роки. В динаміці за 8 років спостерігається чітка тенденція до збільшення захворюваності СМВ. Під час ендоскопії один розрив діагностовано у 112 хворих, по два – у 37, по три – у 3 пацієнтів. Збільшення кількості розривів слизової спостерігалось дистальніше стравохідно–шлункового з'єднання. Локалізація розривів частіше була на правій і передній стінках.

У хворих з синдромом Меллорі–Вейсса, що ускладнились шлунково–кишковою кровотечею, основним напрямком лікування було призначення гемостатичної та кровозамісної терапії. Консервативно проліковано 152 хворих. Для гемостатичної терапії використовували свіжозаморожену плазму; транексамову кислоту в дозі 15 мг/кг (1гр. – 4 амп.) в/в крапельно, безпосередньо перед введенням розчинивши препарат у 200 мл фізіологічного

розчину, далі 1 амп. 5,0 мл(250мг) на 200 мл фізіологічного розчину в/в крапельно 2 рази на добу; етамзілат натрію 4,0 в/в 2 рази на добу; вікасол 2,0 в/в 2рази на добу. Ми застосовуємо противиразкові препарати при синдромі Меллорі–Вейсса для утримання рН.

Для ендоскопічного гемостазу нами було використано кліпування у 8 хворих, обколювання кровоточивої судини у 14 хворих, аргоноплазмова коагуляція у 29 хворих та використання поєднаних методів у 23 хворим з добримими наслідками; в 1 хворого був рецидив кровотечі після ендоскопічного гемостазу. У переважній більшості хворих (94,1%) за допомогою консервативної терапії був досягнутий адекватний гемостаз з наступним загоєнням дефектів. Всього рецидивів кровотечі зафіксований у 9 (5,9 %) хворих. З них 3–є померло без оперативного втручання.

Таким чином, консервативну гемостатичну терапію та ендоскопічний гемостаз доцільно доповнювати препаратами для зниження внутрішньо-портального тиску та призначати препарати, що збільшують тонус сфінктера нижнього відділу стравоходу.

УДК: 617.55–083.98–089–072.1(042.3)

Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Отарашвили К.Н., Чуйкин А.В.
**ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ
УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ
Украины”,

кафедра хірургії та малоінвазивних технологій

Лапароскопические при острой абдоминальной патологии прошла долгий путь развития от устройств с сугубо диагностическими возможностями, до современных видеолaparоскопических систем с возможностью выполнения широкого объема оперативных вмешательств. Нами проанализированы результаты видеолaparоскопических операций и их удельный вес среди ургентной хирургической помощи с 2012 по 2015 годы.

Из 381 операций при остром холецистите 367 (96,3%) выполнено лапароскопическим доступом, 3 (0,8%) больным была выполнена холецистостомия под контролем УЗИ. Все больные с острым холециститом были оперированы в сроки до 48 часов с момента поступления согласно Токийским клиническим рекомендациям TG13. Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците выполнена 112 (61,2%) больным из 183 оперированных. Показанием к лапароскопической аппендэктомии являются все

формы деструктивного аппендицита, кроме общего перитонита, требующего интубации кишечника. Обработка культи червеобразного отростка у 105 (93,7%) больных выполнена лигатурным способом эндопетлём ПДС, 2 (1,8%) больным с наложением кисетного шва и 5 (4,5%) – с помощью клипс. Осложнений связанных с обработкой культи отростка не отмечено. Видеолапароскопия при остром аппендиците и сложности с дифференциальной диагностикой этой патологии позволило значительно уменьшить число "напрасных аппендэктомий" и выполнить 38 (95%) операций из 40 при гинекологической патологии. Так же произведена 1 лапароскопическая резекция дивертикула Меккеля при дивертикулите, симулировавшем острый аппендицит. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы было выполнено 4 (11,1%). При панкреонекрозе 22 (27,5%) больным выполнено лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, 12 (15%) лапароскопическая некрсеквестрэктомия, в том числе и этапная. По одной операции выполнено при острой спаечной кишечной непроходимости (2,6 %) и тупой травме живота (25%).

При механической желтухе опухолевого генеза наложено 12 билиодигестивных анастомозов. Преимущество отдавалось наложению холедоходуоденоанастомозу, который формировали как однорядным узловым швом, так и непрерывным однорядным нитью V-ЛОК. При дуоденальной непроходимости на почве опухоли поджелудочной железы выполнен лапароскопический гастроэнтероанастомоз с помощью аппарата Endo GIA.

Таким образом, в ургентной хирургии, при соответствующем оснащении, имеются все возможности для использования лапароскопических операций, а для более широкого их развития необходимо преодоление психологического барьера хирургов с необходимой подготовкой, а также разработки стандартов лапароскопии при различных заболеваниях на основе доказательной медицины.

УДК: 616.36–008.5–006–089.819(042.3)

Ярешко В.Г., Отарашвили К.Н., Михеев Ю.А., Живица С.Г.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ
Украины”,

кафедра хирургии и малоинвазивных технологий

Малоинвазивные методы лечения внедрены практически во все разделы хирургии, в некоторых они просто вытеснили традиционные лапаротомные

вмешательства, в других являются составляющей частью общего лечения. Это, прежде всего, лапароскопические и эндоскопические операции, вмешательства под ультразвуковым контролем. Во всех современных малоинвазивных технологиях объединены в равной степени диагностические и лечебные свойства. Это очень важно в онкологической практике, с точки зрения ранней диагностики заболевания, морфологической верификации, стадирования опухолевого процесса, планирования лечебной тактики.

Представляем опыт использования малоинвазивных технологий в хирургическом лечении 675 больных с раком поджелудочной железы (РПЖ) и периампулярной зоны за последние 8 лет. Мужчин было 285 (42,2 %), женщин – 390 (57,7 %), средний возраст которых составил 55,4 года. У 643 (95,2 %) больных заболевание было осложнено механической желтухой, у 47 (6,9 %) – дуоденальной непроходимостью. Дооперационная иммуногистологическая верификация диагноза проводилась методом трепан-биопсии под УЗ контролем и при фиброгастродуоденоскопии, информативность методов составила 93,4 % и 26,4 % соответственно. При этом, у подавляющего числа больных (94,6 %) диагностированы аденокарциномы различного вида и дифференциации. Для определения стадии заболевания и оценки результатов лечения больных с РПЖ использовали TNM классификацию Международного противоракового союза (Pancreas 6 th edition).

Из 675 оперированных, 103 (15,2 %) больных выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР), 572 (84,7 %) – различные виды дренирующих операций. Операция ПДР выполнялась по методике Whipple, а объем лимфаденэктомии соответствовал классификации Castelfranko (1999г.) и включал стандартную (69 больных), расширенную (28 больных) и расширенно – радикальную (6 больных). Декомпрессия желчных протоков при механической желтухе с явлениями холангита, полиорганной недостаточности под ультразвуковым контролем произведена 47 (6,9 %) больным (гепатохолангио-/холецистостомия), эндоскопическое транспапиллярное стентирование 35 (5,1 %) больным. При этом, мы полностью отказались от билиодигестивных анастомозов, как первого этапа перед радикальной операцией. Кроме того, в клинике внедряются лапароскопические методики наложения билиодигестивных анастомозов. Всего за последние месяцы выполнено 13 (1,9 %) операций: 9 –холецистогастроанастомозов и 4 – холедоходуоденоанастомоза. Одному больному при дуоденальной непроходимости лапароскопически наложен гастроэнтероанастомоз с помощью сшивающего аппарата. Летальных исходов и осложнений не отмечено. Нами была впервые разработана операция радиочастотной термоабляции (РЧТА) при нерезектабельных опухолях головки поджелудочной железы с помощью

аппарата «RITA MEDICAL SYSTEMS» (США). Всего оперировано 22 (3,2 %) больных без летальных исходов.

Таким образом, малоинвазивные методики являются неотъемлемой частью диагностики и лечения рака поджелудочной железы и требуют более широкого внедрения, особенно в виде резекционных и паллиативных лапароскопических операций.

УДК: 616.37–002.4–089–072(042.3)

Ярешко В.Г., Чуйкин А.В.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ
Украины”,

кафедра хирургии и малоинвазивных технологий

При ургентной абдоминальной патологии (аппендицит, холецистит и др.) давно разработаны стандарты хирургической помощи с учетом временного фактора заболевания, осложнений, использования современных методов диагностики и лечения. И только при деструктивном панкреатите не решены вопросы сроков и объема операции, методы ее завершения, а так же ряд других важных вопросов. Это связано, прежде всего, со сложностями объективной оценки морфологических изменений железы, внутрибрюшинных и внебрюшинных осложнений, органной дисфункции, которые и приводят к наибольшей летальности среди ургентных заболеваний. Кроме того, не определены место и объемы различных видов оперативных вмешательств, особенно лапароскопических, признанных, например, «золотым стандартом» в лечении холецистита. И если в первой фазе течения заболевания лапароскопическая эвакуация токсического экссудата и дренирование брюшной полости являются обязательной процедурой, то во второй фазе гнойно–некротических изменений использование лапароскопических технологий не получило достаточных обоснований, а самое главное – объективных критериев их использования, что и сдерживает их более широкое использование.

В клинике за период 2012–2015 г.г. прооперировано 80 больных с панкреонекрозом и различными его осложнениями. Из них 46 (57,5%) оперированы лапаротомным доступом. Основными показаниями к лапаротомии при панкреонекрозе был сепсис или тяжелый сепсис с обширными инфильтратами и флегмонами забрюшинного пространства, парезом кишечника, требующего декомпрессии. Всего 46 больным выполнено 60

операцій з летальністю 8,5%, ускладненнями 10%.

У 34 (42,5%) больних використані лапароскопічні методи оперативного лікування. На фоні інтенсивної консервативної терапії в умовах палат інтенсивної терапії тільки дренирування забрюшинного простору і брюшної порожнини виявилось ефективним у 13 (59%) больних. У 7 больних після дренирування в різні терміни сформувалися панкреатичні абсцеси, які були дренировані під ультразвуковим контролем. Ще двома больними, внаслідок прогресування захворювання з некрозом залізниці і флегмою забрюшинного простору проведено лапаротомію з дистальною панкреатсеквестрнекрэктомією, дренируванням забрюшинного простору, брюшної порожнини, назоінтестинальної інтубацією кишечника.

У 12 (15%) больних з панкреонекрозом проведена лапароскопічна некрэктэктомія і дренируванням забрюшинного простору. З цієї групи у 10 (83,5%) операція виявилась ефективною. Двома больним потрібна була повторна (планова) лапароскопічна санація для повної ліквідації гнійного процесу, ще двома, внаслідок прогресування некрозу залізниці, виконана відкрита лапаротомія з дистальною панкреатсеквестрнекрэктомією. Летальних ісходів в цій групі больних не було, відзначено 2 (16,6%) ускладнення в формі утворення зовнішнього неповного панкреатичного свища, які закрились самостійно в різні терміни післяопераційного періоду.

Безумовно, лапароскопічні методики операцій є невід'ємною частиною в лікуванні больних з панкреонекрозом, однак використання їх в формі прямих втручань на залізці вимагає чітких критеріїв об'єктивізації загального стану больного (сепсис), оцінки змін залізниці (ступінь життєспроможності), поширеності гнійного процесу в забрюшинному просторі і брюшній порожнині.

УДК: 616.381–072.1:616–083.98–089

Ярешко Н.О., Рілов А.І., Данилюк М.Б., Кубрак М.А., Глазков А.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

КУ “Міська клінічна лікарня екстреної та невідкладної хірургічної допомоги
м. Запоріжжя”

Запорізький державний медичний університет,
кафедра хірургії та анестезіології ФПО

Ціль роботи: шляхом аналізу використання відеолапароскопічних оперативних втручань покращити результати лікування пацієнтів з ургентної

хірургічною патологією.

Матеріали та методи дослідження. В КУ “Міська клінічна лікарня екстреної та невідкладної медичної допомоги м. Запоріжжя” у першому хірургічному відділенні, на базі кафедри Хірургії та анестезіології ФПО, Запорізького державного медичного університету виконано 791 відеолапароскопічну операцію за період з 2013 по 2015 роки. Із них у 7% виконувалась діагностична відеолапароскопія.

Результати та їх обговорення. Найбільшу кількість відеолапароскопічних операцій виконано при гострому апендициті – 359 (45,4%), за час аналізу проведена одна конверсія (0,28%), причиною якої виявлена пухлина сліпої кишки під час операції. Лапароскопічна холецистектомія проведена у 157 хворих (19,85%). У 17 пацієнтів (10,8%) під час оперативного лікування проведено конверсію, причиною цього стали периміхуровий інфільтрат 10 випадків (55,8%), синдром Мірізі 3 випадки (17,7%), кровотеча із міхурової артерії (5,9%), деструктивний холецистит ускладнений міліарною гіпертензією 2 випадки (11,8%) та холедохолітиаз виявлений інтраопераційної –1 випадок (5,9%) . При гострій кишковій непрохідності проведено 8 відеолапароскопічних операцій (1,01%). Перехід до лапаротомії здійснено у 2 пацієнтів (25%). В одному випадку (12,5%) пошкоджена петля тонкої кишки, виконана лапаротомія, ушивання та інкубація тонкого кишечника. У одному випадку (12,5%) через виражений злуковий процес відеолапароскопічне оперативне втручання продовжувати було неможливо, виконана лапаротомія, вісцероліз, усунення причини кишкової непрохідності. Відеолапароскопічне дронування черевної порожнини при гострому панкреатиті проведено у 26 хворих (3,12%). При чому у 20 хворих (76,9%) цього було достатньо, процес загальмувався. У 6 хворих (23,1 %) розвинувся інфікований панкреонекроз, що привело до повторних оперативних втручань. 162 (20,5%) відеолапароскопічних оперативних втручання проведено при ургентній гінекологічній патології (позаматкова вагітність, розрив кісти, піосальпінкс), виконувалась енуклеація кіст, тубектомія, санація та дронування черевної порожнини.

Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі з гострим апендицитом – $6,4 \pm 0,2$ дня, з гострим холециститом складала $8,1 \pm 0,3$ дня, при злуковій кишковій непрохідності – $10,8 \pm 0,7$ дня, а при гострому панкреатиті, лише лапароскопічно дренованому – $13,7 \pm 0,9$ дня. Ускладнень у ранньому післяопераційному періоді не було. Тоді як при відкритих оперативних втручаннях: апендектомія – $8,3 \pm 0,5$ дня, холецистектомія – $10,2 \pm 0,7$ дня, при гострому панкреатиті – $18,2 \pm 1,2$ дня та при злуковій хворобі черевної порожнини $13,1 \pm 1,1$ дня.

Висновки. Аналізуючи отримані дані можна зробити висновок, що відеолапароскопічні оперативні втручання все ширше використовуються в ургентній хірургії, дозволяють виконати більш якісну діагностику і значно знижують ризик післяопераційних ускладнень. Мінімальна операційна травматизація дозволяє активізувати хворих у ранньому післяопераційному періоді, знижує терміни перебування пацієнтів у стаціонарі та покращує якість життя. Поки що, протипоказанням до ургентного відеолапароскопічного оперативного втручання, за нашими даними, є розлитий гнійний перитоніт, виражена злукова хвороба черевної порожнини (3 та більше перенесених лапаротомій), а також, хворі з анестезіологічним ризиком 3б – 4 ст. по Гологорському В.А.. У всіх решті випадках відеолапароскопія показана та бажана.

ЗМІСТ

<i>Андрющенко В.П., Козут Л.М., Андрющенко Д.В. (Львів)</i> ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	3
<i>Василюк С.М., Осадець В.С., Гудивок В.І., Біцька І.В., Галюк В.М., Павлюк Н.М., Бурко М.Я. (Івано–Франківськ)</i> ОСОБЛИВОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ І КОЛОМІХУРОВИЙ ІНФІЛЬТРАТ	4
<i>Василюк С.М., Федорченко В.М., Шевчук А.Г., Лабяк І.Р., Клим'юк В.М., Криса Б.В. (Івано–Франківськ)</i> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ СПОСОБІВ ОБРОБКИ КУКСИ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ АПЕНДЕКТОМІЇ	5
<i>Велигоцький Н.Н., Арутюнов С.Э., Клименко М.В., Маслов С.П. (Харків)</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	7
<i>Велигоцький Н.Н., Горбулич А.В. (Харків)</i> СРАВНЕНИЕ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ ПЛАСТИКОВЫХ СТЕНТОВ И САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА	8
<i>Годлевський А.І., Балабуєва В.В., Сацук О.С., Зарезенко Т.П. (Вінниця)</i> ОЦІНКА ВПЛИВУ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РЕГІОНАРНИХ ТА ГОМЕОСТАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ НЕБІЛІАРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ	9
<i>Годлевський А.І., Ярмак О.А. (Вінниця)</i> ХІРУРГІЧНИЙ СТРЕСОРНИЙ ВПЛИВ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ЗАПРОПОНОВАНОГО МЕТОДУ СТВОРЕННЯ РОБОЧОГО ПРОСТОРУ	11
<i>Грубник В.В., Трoнина Е.Ю., Севергин В.Е. (Одеса)</i> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ	12
	55

<i>Желіба М.Д., Богачук М.Г., Жупанов О.А. (Вінниця)</i>	
ІМУНОМОДУЛЯЦІЯ МУРАМІЛПЕПТИДНОГО РІВНЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ М'ЯКИХ ТКАНИН У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	14
<i>Іоффе О.Ю., Швець І.М., Тарасюк Т.В. (Київ)</i>	
ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ ПУПКОВИХ ГРИЖ ТА ДІАСТАЗУ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА І-ІІ СТУПЕНЮ	16
<i>Капшитарь А.В. (Запоріжжя)</i>	
БЛОКАДА КРУГЛОЇ СВ'ЯЗКИ ПЕЧЕНИ С ТИОТРИАЗОЛИНОМ ПОД КОНТРОЛЕМ МИНИЛАПАРОСКОПА В ЛЕЧЕННІ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА	17
<i>Капшитарь А.В. (Запоріжжя)</i>	
МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ ДИАМЕТРОМ 5 ММ.	19
<i>Кривецький В.Ф., Поліщук В.І., Мітюк Б.О. (Вінниця)</i>	
ВІДЕОАСИСТОВАНИ МІНІТОРАКОТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ТА СЕРЕДОСТІННЯ	20
<i>Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Мартинова Л.І., Тян О.В., Громова О.Л. (Київ)</i>	
ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ СУБМУКОЗНИХ ФОРМ МІОМИ МАТКИ	22
<i>Макаренко М.В., Говсєєв Д.О., Тян О.В., Мартинова Л.І., Громова О.Л. (Київ)</i>	
ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ, РОЗТАШОВАНОЇ В ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОМУ ВІДДІЛІ МАТКОВОЇ ТРУБИ	23
<i>Матвійчук Б.О., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Король Я.А., Патер Я.З., Кушнірук О.І., Артюшенко М.Є., Козут Л.М., Погорецький Р.М., Склярів П.О., Бубняк М.Р. (Львів)</i>	
ФАКТОРИ РИЗИКУ РЕЦИДИВНИХ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ	25

<i>Матвійчук Б.О., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Кушнірук О.І., Артюшенко М.Є., Бубняк М.О., Сало В.М. (Львів)</i>	
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ З ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА	27
<i>Милица Н.Н., Ангеловский И.Н., Милица К.Н., Ляшенко В.В. (Запоріжжя)</i>	
ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	29
<i>Параняк М.Р., Малиновський А.В. (Одеса)</i>	
ЛАПАРОСКОПІЧНА ФУНДОПЛАКАЦІЯ, ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	31
<i>Пікас П.Б., Полінкевич Б.С., Брюзгіна Т.С. (Київ)</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЛІПІДІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПОЛІПИ КИШЕЧНИКА	32
<i>Покидько М.І., Желіба М.Д., Жупанов О.А. (Вінниця)</i>	
ЛАПАРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ	34
<i>Покидько М.І., Жупанов О.А., Богачук М.Г. (Вінниця)</i>	
ДІАГНОСТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ПЕРЕБІГУ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ В УМОВАХ ВІТ ВТОРИННОГО РІВНЯ	35
<i>Покидько М.І., Жупанов О.А., Богачук М.Г. (Вінниця)</i>	
ЛАПАРОСКОПІЧНА КИШКОВА СИМПАТЕКТОМІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ	37
<i>Ратчик В.М., Шевченко Б.Ф., Бабій О.М., Тарабаров С.О., Пролом Н.В. (Дніпропетровськ)</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ КІСТОЗНИХ УТВОРЕННЯХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	38
<i>Свирєпо П.В., Тесленко С.Н., Гончарова Н.Н., Прокопенко К.А. (Харків)</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА	39
<i>Свирєпо П.В., Тесленко С.Н., Гончарова Н.Н., Прокопенко К.А. (Харків)</i>	
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ	40
	57

<i>Скумс А.В., Гулько О.Н., Кондратюк В.А., Симонов О.М. (Київ)</i>	
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНИЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ	41
<i>Ткачук-Григорчук О.О. (Івано–Франківськ)</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМПУЛЬСНОЇ ПЛАНТАРНОЇ КОМПРЕСІЇ, ЯК МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ	42
<i>Усенко А.Ю., Скумс А.В., Гулько О.Н., Фуркало С.Н., Кондратюк В.А., Симонов О.М., Цубера Б.И., Сухачев С.В., Егорова О.Н., Скумс А.А. (Київ)</i>	
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБРЮШИНЫХ ОПУХОЛЕЙ	43
<i>Чурній І.К., Чурній К.Л., Мельник І.В., Чурній В.К. (Івано–Франківськ)</i>	
ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	44
<i>Шапринський В.О., Пашинський Я.М., Дзьоба А.І., Хитрук С.В. (Вінниця)</i>	
СИНДРОМ МЕЛЛОРИ–ВЕЙССА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ..	46
<i>Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Отарашвили К.Н., Чуйкин А.В. (Запоріжжя)</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	48
<i>Ярешко В.Г., Отарашвили К.Н., Михеев Ю.А., Живица С.Г. (Запоріжжя)</i>	
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	49
<i>Ярешко В.Г., Чуйкин А.В. (Запоріжжя)</i>	
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ	51
<i>Ярешко Н.О., Рилов А.І., Данилюк М.Б., Кубрак М.А., Глазков А.І. (Запоріжжя)</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ	52
ЗМІСТ	55

