

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



XXIV З'їзд хірургів України,

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

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Результаты и обсуждения. Практическое применение разработанного нами нечеткой математической модели к дифференцированному выбору хирургической тактики способствовала уменьшению послеоперационных осложнений с 29,0% в контрольной группе, выбор метода лечения которых проводился до внедрения предложенной модели до 4,7% и летальности с 11,0% до 1,3%. Использование современных математических методов и информационных технологий в хирургии имеет важное практическое значение в выборе лечебной тактики у данной категории больных.

Использование разработанной дает возможности для конкретного больного дифференцированному выбору оптимальной хирургической тактики и тем самым значительно улучшить результаты лечения.

Анализ интра- и послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии

Е. И. Гайдаржи¹, А. А. Никоненко¹, Н. Г. Головки¹, В. А. Грушка¹,
Т. В. Гуров², Г. И. Охрименко¹, А. А. Ищук¹

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС

Актуальность. В настоящее время накоплен достаточно большой опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и, на первый взгляд, все вопросы ее применения решены, а интерес к данной теме, казалось бы, утрачен. В то же время, анализ результатов работы современных хирургических клиник свидетельствует, что это далеко не так. Несмотря на то, что частота развития серьезных интра- и послеоперационных осложнений при ЛХЭ невысока, однако их последствия, приводящие к инвалидизации и снижению физической трудоспособности, сохраняют свою актуальность. Эффективная профилактика и хирургическая коррекция этих осложнений невозможна без их подробного и глубокого анализа.

В связи с этим **целью нашей работы** явился анализ интра- и послеоперационных осложнений ЛХЭ по результатам собственного опыта.

Материалы и методы. За период с 1998 по 2017 гг. проанализированы результаты лечения 4400 больных, которым в клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета была выполнена ЛХЭ по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений. Среди пациентов женщин было – 3644 (82,8%), мужчин – 756 (17,2%). Возраст больных варьировал от 19 до 89 лет. Показанием к операции были различные формы острого – у 1769 (40,2%) пациентов – и хронического – у 2631 (59,8%) больных – калькулезного холецистита.

Результаты и обсуждение.

Осложнения ЛХЭ были диагностированы у 70 (1,6%) оперированных больных, при этом при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) – у 34 пациентов (1,3% от общего количества больных ХКХ) и при остром калькулезном холецистите (ОКХ) – у 36 (2,0% от общего количества больных ОКХ).

В группе пациентов с ОКХ распределение осложнений было следующим: повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) – 14 (0,8%) больных, кровотечение из ложа желчного пузыря с формированием подпеченочной гематомы – 13 (0,7%) пациентов, подтекание желчи из культы пузырного протока по причине миграции клипсы – 5

(0,3%), кровотечение из пузырной артерии – 4 (0,2%) пациентов. У 8 (0,5%) пациентов с ОКХ с целью коррекции осложнений потребовалась конверсия, у 23 (1,3%) больных осложнения были диагностированы в раннем послеоперационном периоде и потребовали выполнения лапаротомии.

В группе больных ХКХ наблюдались: кровотечение из ложа желчного пузыря с формированием подпеченочной гематомы – 13 (0,5%) больных, повреждение ВЖП – 11 (0,4%) пациентов, кровотечение из пузырной артерии – 5 (0,1%), подтекание желчи из ходов Люшка – 5 (0,1%) больных. Из них у 12 (0,5%) пациентов осложнения, диагностированные во время операции, послужили поводом к конверсии для хирургической коррекции. У 14 (0,5%) пациентов осложнения были диагностированы только в раннем послеоперационном периоде и были корригированы во время повторной операции из лапаротомного доступа.

Выводы:

1. Наиболее частыми осложнениями лапароскопической холецистэктомии на сегодняшний день остаются повреждения внепеченочных желчных протоков (0,6%) и внутрибрюшное кровотечение (0,8%).

2. Преобладание повреждений внепеченочных желчных протоков отмечается при остром калькулезном холецистите, внутрибрюшных кровотечениях – при хроническом.

3. Своевременная конверсия во время операции или лапаротомия в послеоперационном периоде с целью коррекции осложнений лапароскопической холецистэктомии являются залогом успешного лечения желчнокаменной болезни и ее осложненных форм.

До питання синдрому Міріззі

М. Г. Гончар, О. В. Пиптюк, Я. М. Кучірка

Синдром Міріззі визначається, як механічна обструкція жовчевих протоків, яка включає широкий спектр анатомічних змін, починаючи від простого вклинення жовчевого каменю з біліарним стазом до повної ерозії їхньої стінки з послідовним утворенням холецисто – холедохеальної нориці.

Відомо, що захворюваність на синдром Міріззі у пацієнтів, яким проводиться холецистектомія, становить від 0,3% до 1,4%, і в 50% випадків діагностується під час операції.

Клінічна характеристика холецисто – біліарної нориці вперше була описана С. Puestov в 1942 році, а в 1950–х рр., деякі додаткові випадки були повідомлені Міріззі та іншими. Перша класифікація різних типів холецисто – біліарних нориць, на основі 24 спостережень були запропоновані В. Corlette, Н. Bismuth у 1975р. З появою ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) на початку 80–х років виникли нові уяви про анатомічні особливості синдрому Міріззі. У 1982 році Mc. Sherry та ін. запропонували нову класифікацію двох різних типів синдрому Міріззі на основі результатів ERCP. Тип I визначається, як просте зовнішнє стиснення печінкової або загальної жовчевої протоки жовчевим каменем, який розташований у міхуровій протоці або кишені Гартмана, тоді як жовчевий міхур і загальна печінкова протока залишаються вільними від будь-якого ураження. Тип II характеризується наявністю холецисто – біліарної нориці. Згодом Csendes та співавт. запропонували класифікацію за чотирма різними типами. Тип I визначається подібно до типу Mc. Sherry I, основний критерій – зовнішнє стиснення позапечінкових жовчевих шляхів жовчевим каменем. При типі II виявляють обмежений дефект до однієї третини окружності загальної жовчевої або печінкової протоків. Тип III