

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

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

Гайдаржи Е.И., Чмуль К.О.

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

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

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

работы - улучшить результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, ассоциированных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Материалы и методы. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 99 пациентов с грыжей ПОД, ассоциированной с развитием ГЭРБ, которым за период с 2009 по 2014 год были выполнены варианты лапароскопической фундопликации и круорографии. Распределение пациентов в зависимости от степени грыжи ПОД (I-IV степень) проводилось согласно классификации Б.В. Петровского, 1966. Женщин было 65 (65,6 %), мужчин – 34 (34,4 %). Возраст больных варьировал от 24 до 80 лет. Лапароскопическая фундопликация по методике Short Floppy Nissen была выполнена у — 43 (43,4 %) больных, по Toupet — у 30 (30,3 %), по Nissen-Rosetti — у 17 (17,2 %) пациентов, по Dor — у 5 больных (5,1 %). У 3 (3,0 %) больных с грыжей ПОД на фоне ожирения 3 степени с метаболическим синдромом выполнена круорография в сочетании с рукавной резекцией желудка без выполнения фундопликации. У 1 (1,0 %) пациента с гигантской субтотальной желудочной грыжей выполнена конверсия, фундопликация по Dog, передняя круорография. У 16 пациентов (16,2 %) с хроническим калькулезным холециститом одновременно вторым этапом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. До операции и в послеоперационном периоде выполняли эндоскопию пищевода с хромокопией и прицельной биопсией, рентгеноскопию пищевода и желудка с барием с видеозахватом и пошаговым анализом, экспресс рН – метрию желудка и суточный рН-мониторинг пищевода, КТ ОГК по показаниям. Результаты и их обсуждение. Проанализированы ранние и отдаленные результаты лечения. 17 (17,2 %) пациентов наблюдаются в течение 1 года после операции, 10 (10,1 %) пациентов находятся под наблюдением от 1 до 2 лет, 18 (18,2 %) – от 2 до 3 лет, 15 (15,2 %) – от 3 до 4 лет, 12 (12,1 %) пациентов – от 4 до 5 лет, 27 (27,2 %) больных – от 5 до 6 лет. У всех пациентов в раннем (до 1 месяца) и позднем (1-6 месяцев) послеоперационном периоде отмечено исчезновение симптомов ГЭРБ. У 2 (2,1 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде развилась острая дисфагия, у 1 (1,0 %) пациента острая послеоперационная дисфагия сохранялась при употреблении плотной сухой пищи более 3 месяцев. У этих больных была выполнена релапароскопия с переводом тотальной фундопликации в парциальную (по методу Toupet). У 1 (1,0 %) больной стойкая дисфагия на прием плотной сухой пищи сохраняется более 3 лет после фундопликации по Ниссену (Short Floppy Nissen) по поводу грыжи ПОД 3 степени. Однако пациентка строго соблюдает полужидкую диету и отказывается от предложенной реоперации. У 2 (2,1 %) пациентов с ожирением 3 степени после фундопликации по Dog (грыжа ПОД 1 степени) и фундопликации по Toupet (гигантская грыжа ПОД 4 степени) в течение первого года после операции отмечен рецидив грыжи, который проявился возобновлением изжоги и подтвержден рентгенологически. Больные отказываются от хирургической операции и принимают ингибиторы протонной помпы с положительным эффектом. У 2 (2,1 %) больных возобновление изжоги носит функциональный характер без рецидива грыжи. Интермиттирующая терапия ингибиторами протонной помпы достаточно эффективна и не носит продолжительный характер. Таким образом, в отдаленном послеоперационном периоде (более 6 месяцев наблюдения) отличные и хорошие результаты (отсутствие анатомических рецидивов, симптомов ГЭРБ, дисфагии и повторных хирургических вмешательств) получены у большинства больных – 94 (95,0 %), что позволяет сформулировать следующие выводы. Выводы. 1. Грыжа ПОД, независимо от степени, ассоциированная с ГЭРБ, является показанием к хирургическому лечению. 2. Операцией выбора при хирургическом лечении грыжи ПОД являются варианты лапароскопической фундопликации в сочетании с круорографией. 3. Хирургическое лечение грыж ПОД, ассоциированных с развитием ГЭРБ, является патогенетически обоснованным, безопасным и эффективным ввиду отличных и хороших послеоперационных результатов.

## **ВИКОРИСТАННЯ SILS-МЕТОДИКИ ТА ГЕНЕРАТОРА АВТОМАТИЧНОГО БІОЛОГІЧНОГО ЗВАРЮВАННЯ ЖИВИХ М'ЯКИХ ТКАНИН У СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Ганжий І.Ю., Калмиков О.Ю.

Науковий керівник: проф. Ганжий В.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра загальної хірургії з доглядом за хворими

Мета дослідження: вивчення ефективності інтраопераційного застосування генератора автоматичного біологічного зварювання м'яких тканин під час виконання оперативних втручань з приводу симультанної хірургічної та гінекологічної патології. Матеріали та методи дослідження: 172 хворих, які лікувалися у період з 2007р. по 2013р. у хірургічних відділеннях КП «МКЛЕтаШМД», та у гінекологічному відділенні МСЧ «Мотор Січ». Контрольна група – 97 (56,39%) хворих склали жінки з ЖКХ та СПКЯ, яким була виконана відеоендоскопічна холецистектомія та енуклеація кист яєчника з застосуванням монополярної та біполярної електрокоагуляції. Основна група- 75 (43,61%) пацієнтів, яким відеоендоскопічні операції виконували з використанням генератора автоматичного біологічного зварювання живих м'яких тканин. З них 30 (40,00%) пацієнткам виконана відеоендоскопічна холецистектомія з відеоендоскопічною енуклеацією кист яєчника, 8 (10,67%) жінок - відеоендоскопічна холецистектомія, відеоендоскопічна фундопликація по Toupet та відеоендоскопічна енуклеація кист яєчника, 6 (8,00%) пацієнткам – відеоендоскопічне ТАРР грижосічення та відеоендоскопічна енуклеація кист яєчника, 3 (4,00%) жінкам - відеоендоскопічна фундопликація по Toupet та відеоендоскопічна