

НТК «Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона» НАН України
STC «E.O. Paton Electric Welding Institute» NAS of Ukraine

Центр електрозварювальної хірургії та новітніх хірургічних технологій
Київської міської клінічної лікарні № 1
Center for Electric Welding Surgery and Modern Surgical Technologies
at Kyiv Municipal Clinic Hospital № 1

XIII Науково-практична конференція
XIII Scientific-Practical Conference

ЗВАРЮВАННЯ ТА ТЕРМІЧНА ОБРОБКА ЖИВИХ ТКАНИН.
ТЕОРІЯ. ПРАКТИКА. ПЕРСПЕКТИВИ

WELDING AND HEAT TREATMENT OF LIVE TISSUES.
THEORY. PRACTICE. FUTURE PROSPECTS

Присвячується 100-річчю Національної академії наук України
Devoted to the 100-th anniversary of the National Academy of Science of Ukraine

Матеріали конференції
Conference Proceedings

30 листопада – 1 грудня 2018 р.
November 30 – December 1, 2018

м. Київ, Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона НАН України
Kyiv, E.O. Paton Electric Welding Institute, NAS of Ukraine

Зварювання та термічна обробка живих тканин. Теорія. Практика. Перспективи: Матеріали XIII науково-практичної конференції. Під ред. Г.С. Маринського. — Київ: Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона НАН України, 2018. — 120 с.

У збірнику представлені матеріали XIII науково-практичної конференції, в яких відображені наукові досягнення і практичні результати в області ВЧ-електрозварювання і термічної обробки живих м'яких тканин за останні роки.

Призначений для медичних працівників, лікарів хірургічного профілю, організаторів охорони здоров'я, фахівців в галузі медичної техніки, а також студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів.

Комп'ютерна верстка *Т.Ю. Снегірьова*

Дизайн обкладинки *Д.І. Серeda*

Свідоцтво серія ДК, № 166 від 6 вересня 2000 р.

© Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона, 2018

Доповіді та тези доповідей друкуються в авторській редакції

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ НЕОТЛОЖНОЙ И ПЛАНОВОЙ МИНИ-ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Цель исследования: выявить особенности гемостаза ложа желчного пузыря, используя диатермокоагуляцию после холецистэктомии из мини-доступа в неотложной и плановой билиарной хирургии.

Материал и методы. В хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, за период с 2015 по 2017 годы изучены результаты лечения 105 больных с желчнокаменной болезнью, которым выполнена холецистэктомия из правостороннего продольного трансректального мини-доступа (МХЭ). Мужчин было 20 (19 %), женщин — 85 (81 %) в возрасте от 31 до 88 лет. В неотложном порядке оперировали 50 (47,6 %) пациентов. Катаральная форма острого холецистита имела место у 3 (6 %) больных, флегмонозная — у 26 (52 %), гангренозная — у 21 (42 %). В плановом порядке оперировали несколько чаще, 55 (52,4 %) пациентов.

Обследование больных проведено согласно «Клінічного протоколу (Хірургія) (Нормативне виробничо-практичне видання. МНІАЦ медичної статистики, МВЦ «Медінформ», 2013, 240 с.).

Результаты исследования. После мини-доступа, холецистэктомия осуществлена от шейки с отдельной перевязкой пузырного протока и пузырной артерии. С целью гемостаза ложа желчного пузыря использовали высокочастотный электрохирургический аппарат ЕХВА-350М/120Б «Надія-2», производства Национального технического университета Украины «Киевского политехнического института» в сочетании с тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором.

Вначале гемостаз ложа желчного пузыря осуществляли тугой тампонадой марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, придавливая её к печени печёночным зеркалом в течение 3–5 мин. Это позволило значительно

уменьшить желче- и кровоистечение из мелких желчных протоков и сосудов в результате коагуляции белка и ускорения свертывания крови. Таким образом, были созданы хорошие условия для визуальной идентификации источника продолжающегося кровотечения, диаметр сосудов которых не превышал 1,5 мм. В последующем использовали монополярный электродержатель, осуществляя электрокоагуляцию кровоточащих сосудов. В результате сочетанного применения указанных методов был достигнут надёжный холе- и гемостаз в ложе желчного пузыря, исключена излишняя термическая травма, связанная с воздействием электрического тока по всей площади ложа желчного пузыря. Кроме того, уменьшился объём прилипания продуктов карбонизации к электроду, что позволило сократить время, необходимое для коагуляции, а в итоге — и общее время длительности операции. Ложе желчного пузыря не ушивали, оставляя открытым. Подпечёночное пространство дренировали через контраппертуру 2 полихлорвиниловыми дренажами.

При остром деструктивном калькулёзном холецистите имели место воспалительные и инфильтративные изменения не только желчного пузыря, но и окружающих его тканей, и особенно при гангренозной форме острого холецистита, осложнённого околопузырным инфильтратом и околопузырным абсцессом. В связи с вышеизложенным, после выделения желчного пузыря и холецистэктомии, выявлена повышенная кровоточивость ложа желчного пузыря, потребовавшая более длительной диатермокоагуляции для гемостаза. В наибольшей степени кровоточивость из ложа желчного пузыря проявилась у пациентов с сопутствующим циррозом печени различного генеза, наличием варикозно расширенных вен, портальной гипертензии (n=6), механической желтухе (n=3) и перенесших ранее гепатит (n=3). Особо следует отметить возрастную группу больных старческого возраста (n=10), у которых выявлена мягкая и

дряблая печень, которая не только обильно кровоточила из ложа желчного пузыря, но и при наложении гемостатических швов кетгутом (n=4), вследствие неэффективной диатермокоагуляции, последние легко прорезывались, увеличивая раневую поверхность печени и объём кровопотери, а также длительность этого этапа операции.

Расширенные операции при остром холецистите выполнены у 3 (6 %) пациентов в объёме наружного дренирования холедоха из-за хронического панкреатита, стеноза большого дуоденального соска, холангита, холедохозктазии, механической желтухи. Конверсия в доступ Mirizzi потребовалась у 3 (6 %) больных (околопузырный инфильтрат-1, околопузырный абсцесс-1, холецисто-кольный свищ-1). Все выздоровели.

Из особенностей состояния ложа желчного пузыря у пациентов, оперированных в плановом порядке, следует отметить наличие выраженных рубцово-склеротических изменений в области задней стенки желчного пузыря, создающих повышенную кровоточивость при холецистэктомии. Применение временной тугой тампонады и диатермокоагуляции ложа у 7 (12,7 %) пациентов было неэффективным и потребовало ушивания ложа желчного пузыря. Все выздоровели.

Таким образом, выявленные особенности патологических изменений в ложе желчного пузыря после неотложной и плановой МХЭ позволили осуществить гемостаз ложа диатермокоагуляцией, используя дополнительные методы при её неэффективности.