

виникала непрохідність МСС. Гострий післяопераційний панкреатит спостерігали в 11 (2,9%) випадках.

У 296 (78,1%) хворих, яким було виконано стентування ЖП, відновлення природного пасажу жовчі сприяло зниженню рівня білірубінемії, явищ холангіту, що дозволило в подальшому виконати радикальні або паліативні оперативні втручання, в решті 83 (21,9%) випадків ендобіліарне стентування з різних причин було самостійним остаточним методом лікування.

Висновки.

1. Показаннями для використання пластикових дренажів при стентуванні жовчних проток є: необхідність їх тимчасового дренування при підготовці хворих до наступних, більш радикальних втручань; лікування зовнішніх жовчних нориць; довічне стентування при не усуненому холедохолітізі.
2. При довічному стентуванні жовчних проток з приводу їх пухлинного ураження оптимальним є використання металевих стентів, що розправляються самостійно.

УДК: 617.55–089.819

Капшитарь А.В.

МИНИЛАПАРОСКОПИЯ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования: оценить возможности минилапароскопии в оптимизации лечебной тактики в неотложной абдоминальной хирургии.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении КП, “Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и

анестезиологии ФПО, с 2012 по 2016 годы минилапароскопия (МЛС) набором инструментов, центральной частью которых являлась оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30° производства фирмы, “ЭлеПС” г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ “КРЫЛО” г. Воронеж (Россия) и манипулятор собственной конструкции выполнена у 51 больного. Использована однопрокольная методика О.С. Кочнева (1988). Мужчин – 31 (60,8%), женщин – 20 (39,2%). Возраст 19–93 года. Сопутствующая патология была у 47 (92,2%) пациентов. Ранее оперированы 14 (27,5%) больных.

Анализ клинического обследования, выполненных лабораторно–биохимических исследований, рентгенологических, УЗИ, ФЭГДС оказался неинформативным. Показанием к МЛС у 34 (66,6%) больных были невозможность дифференциальной диагностики между острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями с различными лечебными тактическими подходами, у 9 (17,7%) – установлен асептический панкреонекроз, распространённый перитонит и у 8 (15,7%) – закрытая травма живота, подозрение на повреждения абдоминальных органов.

Результаты исследований.

Согласно заключению хирурга, после МЛС сформированы 3 группы.

Группу А составили 35 (68,6%) больных с острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями (асептический панкреонекроз–12, прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки–7, острое нарушение мезентериального кровообращения–5, деструктивный аппендицит–4, флегмонозный калькулёзный холецистит–3 и калькулёзный холецистит–1, спаечная тонкокишечная непроходимость–1, межпетельный абсцесс мезогастральной области–1, разлитой гнойно – фибринозный перитонит–1).

В группу В включили 6 (11,8%) пациентов с закрытой травмой живота (чрескапсульный разрыв печени–2 и селезёнки–1, внебрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки, разрыв брыжейки тонкой кишки–1, разрыв внутрибрюшинной части мочевого пузыря–1, напряжённая забрюшинная гематома, вскрывшаяся в брюшную полость–1).

Группа С представлена 10 (19,6%) больными, у которых неотложная абдоминальная патология была исключена.

Оптимизирована лечебная тактика. Малотравматичная лечебная МЛС (аспирация перитонеального экссудата, блокада круглой связки печени разработанным способом, холецистостомия, дренирование брюшной полости) при асептическом панкреонекрозе, осложнённом перитонитом, выполнено у 12 (23,5%) пациентов, все выздоровели. Лапаротомия с коррекцией хирургической патологии осуществлена у 27 (52,9%) больных с 6 (22,2%) летальными исходами (абдоминальный сепсис–2, острый инфаркт миокарда+инфаркт мозга–2, инфаркты ствола мозга и полушария–1, тромбоэмболия лёгочной артерии–1). В группе С из 10 (19,6%) пациентов умерли 2 (20%) с циррозом печени, стадии С по CHILD–PUGH (печёчно–почечная недостаточность–1, острый инфаркт миокарда–1).

Выводы.

1. МЛС своевременно позволила у 68,6% больных установить диагноз острых хирургических абдоминальных заболеваний, у 11,8% – травматических повреждений, а у 19,6% – их исключить.
2. Оптимизирована лечебная тактика. Сокращены лечебные лапаротомии до 51% и напрасная – до 2%, лечебная МЛС выполнена у 23,5%.
3. Летальные исходы имели место после лапаротомии – 22,2% и в группе больных, не имевших хирургической патологии – 20%.