



status (clinical and laboratory): hypo, hyperthyroidism - 1 euthyroidism- 0; thyroid lobes lesion (by ultrasound): bilateral - 1, one-sided - 0; distribution of lesions in the thyroid lobe (by ultrasound): $\geq 50\%$ of a lobe - 1 $< 50\%$ of a lobe - 0; perinodular tissue echogenicity (by ultrasound), hypo-; hyper echogenicity - 1 izoechogenicity - 0; echostructure (by ultrasound): heterogeneous - 1 homogeneous - 0. assessment is carried out by arithmetically adding the points. The maximum amount on this scale is 9, minimum - 0 points. Patients with more than 5 points belong to a risk group.

Thus, determining a risk of recurrence in patients with nodular goiter in the preoperative period will help to choose the appropriate volume of surgery, in patients who under the scale are at risk, in our view, it would be more appropriate to perform radical surgery: thyroidectomy or or hemithyroidectomy with subtotal resection of contralateral lobe (from the side of smaller changes); in patients who do not belong to the risk group, lesser surgery should be planned depending on the location of nodular masses: unilateral hemithyroidectomy or subtotal resection of both lobes of the thyroid gland.

Андрієць В.В.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛАНГІОГРАФІЯ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ДРЕНУВАННЯ ХОЛЕДОХА ЯК МЕТОДИ ПОПЕРЕДЖЕНЬ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Рідким, але небезпечним ускладненням лапароскопічної холецистектомії є неспроможність міхурової протоки з розвитком жовчного перитоніту. Найбільш частою причиною розвитку даного ускладнення є підвищення тиску в жовчних шляхах внаслідок не виявлених конкрементів жовчних шляхів, розвиток чи наявність гострого панкреатиту чи паліліту. Рутинне стандартне використання УЗД позапечіноквих жовчних шляхів при відсутності їх розширення не завжди дозволяє передопераційно виявити безсимптомні мікроконкременти в жовчних шляхах. Прямі методи контрастування позапечіноквих жовчних шляхів для доопераційної діагностики та лікування холедохолітіазу, враховуючи їх дороговизну та можливість різних ускладнень після втручань, використовуються строго по показам за наявності клінічної картини патології жовчних шляхів. Окрім того, інтраопераційні маніпуляції на жовчному міхурі до етапу виділення та кліпування міхурової протоки можуть сприяти виходу мілких конкрементів, замазкоподібних мас та інфікованої жовчі з жовчного міхура в загальну жовчну протоку.

На даний час не існує стандартного алгоритму використання інтраопераційної холангіографії при виконанні лапароскопічної холецистектомії. В окремих клініках вона є стандартним обов'язковим етапом виконання лапароскопічної холецистектомії з метою з'ясування анатомії позапечіноквих жовчних шляхів та наявності в них конкрементів. В інших використовується по індивідуальних показах, виявлених інтраопераційно. За відсутності можливості виконання лапароскопічної холангіографії при виявленні інтраопераційно змін жовчних шляхів проводять конверсію.

В перші роки виконання лапароскопічних холецистектомій в Центрі малоінвазивної хірургії на гінекології БДМУ виявлені інтраопераційно розширення холедоха чи явна міграція конкрементів з міхурової протоки в холедох супроводжувалися переходом до відкритих операцій для ревізії позапечіноквих жовчних шляхів. В багатьох випадках патології холедоха не виявляли, одак лапаротомія вже була виконана. В останні роки в таких ситуаціях почали виконувати лапароскопічну холангіографію.

Лапароскопічну холангіографію виконуємо за стандартною методикою: після ретельного виділення міхурової протоки від шийки жовчного міхура до холедоха біля шийки жовчного міхура накладаємо кліпсу. Для кращої мобільності виділяємо, кліпуємо та пересікаємо міхурову артерію. Міхурову протоку під кліпсою надсікаємо ножицями на 1/3. Спочатку оцінюємо інтенсивність поступлення жовчі з міхурової протоки, що може свідчити про наявність жовчної гіпертензії. В залежності від діаметру міхурової протоки вибираємо катетер максимальної товщини. При дуже тонкій міхуровій протоці виконуємо її бужування дисектором, яке також сприяє руйнуванню клапанів протоки. Катетер фіксуємо лігатурою, виводимо на черевну стінку через додатковий 5 мм троакар в правому підребр'ї, перевіряємо герметичність катетера в міхуровій протоці. Для виконання холангіографії використовуємо до 20 мл розведеного на 0,25% розчину новокаїну тріомбрасу. Після оцінки холангіограми вирішується подальша тактика операційного втручання. Виконання інтраопераційної лапароскопічної холангіографії дозволило уникнути переходу на лапаротомію у 4 хворих.

Таким чином, настороженість під час виконання лапароскопічної холецистектомії, інтраопераційна діагностика можливої патології позапечіноквих жовчних шляхів шляхом використання лапароскопічної холангіографії та лапароскопічного зовнішнього дренивання жовчних шляхів дозволяють уникнути небажаних негативних наслідків та розвитку важких післяопераційних ускладнень.

Білокий О.В.

ВДОСКОНАЛЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНИЙ ПЕРИТОНІТ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Хірургічне втручання на позапечіноквих жовчних шляхах залишаються серед найскладніших операцій у абдомінальній хірургії, не дивлячись на широке впровадження сучасних малоінвазивних методів втручань.



Одним з основних засобів профілактики таких ускладнень є дренування анастомозу. Для цього використовують виведення зовнішніх дренажів, залишення «загублених» чи «скритих» трубок, комбіноване дренування. Основними з них залишаються способи Saupol, Smith та їхні модифікації. Проте жоден з відомих методів не дає достатнього ефекту. Основною метою дренування анастомозів є декомпресія і відведення жовчі. Це знижує тиск у ділянці анастомозу, за рахунок чого покращується мікроциркуляція в тканинах органів, що зшиваються.

Метою нашого дослідження стала оцінка ефективності розробленого способу дренування гепатикоєюноанастомозів.

Одним з найбільш складних і дискусійних питань при цьому є профілактика різних післяопераційних ускладнень, що виникають після накладання білідигестивних анастомозів, в першу чергу, після використання гепатикоєюностомій. Одним з основних засобів профілактики таких ускладнень є дренування анастомозу. Для цього використовують виведення зовнішніх дренажів, залишення «загублених» чи «скритих» трубок, комбіноване дренування. Основними з них залишаються способи Saupol, Smith та їхні модифікації. Проте жоден з відомих методів не дає достатнього ефекту. Основною метою дренування анастомозів є декомпресія і відведення жовчі. Це знижує тиск у ділянці анастомозу, за рахунок чого покращується мікроциркуляція в тканинах органів, що зшиваються. Відведення жовчі зменшує процеси руйнування фібрину і активацію кишкових ферментів, які беруть участь в цьому. Таким чином поліпшуються умови для регенерації. Окрім цього, дренажна трубка створює каркас, який запобігає звуженню анастомозу.

Зовнішні дренажі забезпечують виведення жовчі та зниження тиску в просвіті анастомозу. Проте застосування трубок більшого діаметру, які створюють надійний каркасний ефект, може призводити до виникнення ускладнень після видалення дренажу. Застосування внутрішнього дренування за допомогою «забутих» трубок дає лише каркасний ефект. Не забезпечується відведення жовчі й декомпресія зони анастомозу, а тривалість знаходження трубки неможливо проконтролювати.

В клінічних умовах метод використаний у 10-х пацієнтів. У чотирьох з них було субопераційне пошкодження спільної печінкової протоки типу I-II за Bismuth-Strasberg. У трьох хворого був синдром Mirizzi IV типу. У трьох випадках була неспроможність швів попередньо накладеного холедоходуоденоанастомозу. У всіх пацієнтів виконана гепатикоєюностомія за типом Roux. У пацієнтів видалення дренажних трубок проводили за відсутності явищ холангіту, через 12-15 діб, після виконання холангіографії. У кожному випадку виявлено вільне проходження контрасту у внутрішньопечінкові протоки і у кишку.

У жодного хворого не виникло неспроможності швів чи явищ холангіту. У 1 пацієнта з ожирінням у зв'язку з довгою залишеною в межах черевної стінки частиною трубки її у просвіт кишки проштовхнули тонким зондом. У жодному випадку не виникло кишкової нориці чи нагноєння рани. Відходження частини трубки з калом зафіксували у 2 хворих через 4-5 діб після видалення. При спостереженні у віддалений термін (до 1 року) не виявлено ознак рубцевої структури анастомозу.

Звичайно, невелика кількість спостережень не дає змоги робити чіткі висновки. Однак кількість таких хворих, загалом, невелика, а перші результати застосування дренажу свідчать про можливість подальшого широкого застосування.

Бродовський С.П.

МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КУПРИКОВИХ ХОДІВ

Кафедра хірургії № 1

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Гострі гнійно-запальні захворювання навколорямкишкової клітковини, якими є різні форми гострого запалення параректальної ділянки, складають 0,5-4 % від загальної кількості хворих хірургічного профілю і 21-50 % всіх проктологічних хворих. Епітеліальний куприковий хід (піленеальний синус, пілонідальна кіста, ектодермальний крижово-куприковий синус) – захворювання, на яке страждає 5-7 % дорослого населення працездатного віку, складас 1-2 % від усіх хірургічних захворювань і від 8,5 до 53,4 % колопроктологічної патології. Захворювання розвивається переважно в осіб молодого працездатного віку (16-40 років), викликає тривалу втрату працездатності, що і визначає соціальну значимість проблеми.

Одним з найсучаснішим лікуванням є використання радіохвильової хірургії. Сургітрон – це сучасний радіо хірургічний апарат, розроблений фірмою «ELLMAN International» (США). Його успішно використовують в гінекології, хірургії, дерматокосметології, проктології, урології. Ефективність його забезпечується – прискореним загоюванням ран. Тому, метою роботи було порівняти лікування епітеліальних куприкових ходів методом радіохвильової хірургії та електрокоагуляції.

Основу роботи складають результати обстеження і лікування 30 пацієнтів із різними формами епітеліальних куприкових ходів (ЕЛХ), які перебували на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівці впродовж 2015-2017 рр. З них – 23 чоловіків та 7 жінки. Вік хворих коливався в межах 17-74 р. Всі пацієнти лікувались хірургічним способом. Поділено на дві групи. До першої групи – основній (16) належать пацієнти, яким проводили висічення куприкових ходів за допомогою радіохвильової хірургії апаратом «SURGITRON». У другій групі – контрольній (14) проведено радикальне висічення куприкових ходів методом електрокоагуляції.

Після проведених оперативних втручань у пацієнтів першої (основної) групи відмічено зменшення больового синдрому у перші дні після оперативного втручання та швидше заживлення післяопераційної рани у