



жовчному міхуру мобільності. При обережній ревізії даної ділянки нами виявлено трубчасту білісувату структуру біля 3-4 мм в діаметрі, яка міцно з'єднувала стінку міхура з печінкою.

Враховуючи лікування та спостереження в клініці за іншою пацієнткою, яка перенесла вже декілька операційних втручань з приводу пересіченої під час холецистектомії додаткової аномальної протоки (холецистектомія, релапаротомія з зовнішнім дрениванням протоки яке завершилося формуванням та подальшим закриттям жовчної пориці, дворазова ендоскопічна ретроградна папілотомія з літоекстракцією пігментних конкрементів холедоха, постійна гіпербілірубінемія на рівні 40-50 мкмоль/л) нами вирішено виявлену протоку не пересікати. Лапароскопічно жовчний міхур виділено від дна до рівня додаткової протоки та проведено конверсію. Міхур вскрито вище додаткової протоки, множинні конкременти та жовч видалено. При зондовій ревізії зі сторони міхура протока йде в напрямку центру правої доли, з протоки в значній кількості поступає світла жовч. Міхурова протока розширена до 4-5 мм, відстань від місця впадіння додаткової протоки в жовчний міхур до зони злиття міхурової протоки та загальної печінкової протоки біля 4-5 см. Жовчний міхур пересічено на 1 см вище додаткової протоки. Через куксу жовчного міхура в загальну жовчну протоку заведено дренаж, який фіксовано шляхом ушивання кукси жовчного міхура евертованим неперервним вікріловим швом. При інтраопераційній холангіографії контраст виводився внутрішньо- та позапечінкові жовчні протоки, в значній кількості потрапляє в ДПК, додаткова протока біля 3-4 мм з відокремленими внутрішньопечінковими протоками, які захоплюють як мінімум 1 сегмент печінки. Операцію завершено зовнішнім дрениванням холедоха та дрениванням підпечінкового простору. Пацієнтка в задовільному стані виписана додому, спостерігалася на протязі 2 років – больових нападів та ознак рецидиву холелітіазу не було.

Настороженість під час виконання лапароскопічної холецистектомії, знання можливостей анатомічних аномалій жовчних шляхів та наслідків їх перекриття спонукало нас виконати резекцію жовчного міхура з метою збереження функції додаткової аномальної правої печінкової протоки в даному випадку і уникнути небажаних негативних наслідків обструкції та розвитку важких післяопераційних ускладнень.

Білокий В.В., Білокий О.В. **РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У ПАТОГЕНЕЗІ НЕІНФІКОВАНОГО ТА ІНФІКОВАНОГО ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ**

Кафедра хірургії № 1

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

Прогнозування післяопераційних ускладнень є важливим компонентом лікування гострого перитоніту. Численні методи, які базуються на урахуванні різноманітних показників не знайшли визнання внаслідок їхньої значної кількості, що зумовлює складність застосування. Методи, засновані на малій кількості критеріїв залишаються недостатньо вірогідними. Залишається поширеним застосування Мангаймського перитонітного індексу (МПІ), за допомогою якого визначають тяжкість перитоніту. По мірі її зростання ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень збільшується, проте диференціювати ризик виникнення окремих ускладнень це не дозволяє. У зв'язку з цим розробка ефективного методу прогнозування ПУ залишається актуальним питанням сьогодення.

Нами проведений ретроспективний аналіз наслідків лікування 169 хворих на різні форми перитоніту, віком від 17 до 84 років. Чоловіків було 98, жінок - 71. Місцевий перитоніт був у 45 хворих, дифузний - у 53, розлитий - у 57, загальний - у 13 хворих. У 79 пацієнтів були післяопераційні ускладнення: запалення і нагноєння рани (24), евертерация (5), інтраабдомінальні інфільтрати і абсцеси (14), неспроможність кишкових швів (18), триваючий перитоніт (18). Померло 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання. Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри МПІ, класу поєднаної патології, вік. Вплив досліджених показників на розвиток післяопераційних ускладнень визначали за допомогою дисперсійного аналізу.

Виконаний аналіз дозволив розробити шкалу, згідно якої прогнозування ПУ проводиться у два етапи. На першому етапі, до операції, у шкалу включені показники, які характеризують хірургічну патологію, перитоніт і супутні захворювання. Кожному з них надана певні кількість пунктів: гострий апендицит, гострий простий холецистит, гінекологічна патологія, кишкова обструкція (не пухлинна) без некрозу (1); кишкова обструкція (не пухлинна) з некрозом, гострий деструктивний холецистит, перфорація гастродуоденальних виразок, тонкої кишки, пухлин шлунка, гостра виразкова кровотеча, акушерська патологія (2); травма живота, пухлина ободової кишки з непрохідністю, хвороба Крона, гострий панкреатит, мезентеріальний тромбоз, післяопераційний перитоніт (3); місцевий перитоніт (2), дифузний перитоніт (4), розлитий перитоніт (6); супутня патологія відсутня (0), клас коморбідності 0 (0), клас 1 (1), клас 2 (2), клас 3 (3).

Результати дисперсійного аналізу засвідчили статистично істотну залежність частоти розвитку ускладнень від визначеної суми пунктів. Згідно шкали, хворі попередньо поділяються на групи звичайного (2-4 пункти), збільшеного (5-7 пунктів), середнього (8-9 пунктів) і високого (10 і більше пунктів) ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Таке виділення груп ризику дозволяє застосовувати необхідні заходи з профілактики ускладнень вже на етапі передопераційної підготовки хворих. Остаточне визначення ризику проводиться з урахуванням даних інтраопераційної ревізії та лабораторних досліджень. На цьому етапі склад і внесок прогностичних критеріїв наступні: характеристики хірургічної патології згідно передопераційних даних; характеристики перитоніту згідно показника МПІ; характеристики супутньої патології згідно доопераційних



даних; вміст паличкоядерних лейкоцитів: менше 3, або більше 37% – 3 пункти, 26 – 36% - 2, 4 – 25% - 0; застосування запрограмованої санації 2 пункти.

Аналіз клінічних і лабораторних показників засвідчив, що дисперсія параметрів післяопераційних ускладнень статистично істотно пояснюється внеском представлених показників. Розмежування груп ризику проводиться наступним чином: менше 18 пунктів – звичайний ризик, 18-25 пунктів - збільшений (переважно ранові ускладнення), 26-34 пункти - середній (абсцеси, інфільтрати, дифузний перитоніт, неспроможність швів), більше 35 пунктів - високий ризик (тяжкий перитоніт, сепсис), що підтверджено результатами однофакторного дисперсійного аналізу. Віднесення конкретного хворого до певної групи дозволяє обґрунтовано використовувати необхідні профілактичні заходи під час операції та в післяопераційний період.

Отже, запропонований метод дозволяє відносити хворих на різні форми гострого перитоніту до груп звичайного, збільшеного, середнього і високого ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Проведення роздільного прогнозування до та під час операції дозволяє диференційовано застосовувати заходи з профілактики ускладнень впродовж всього періоду лікування.

Бродовський С.П. РАДІОХВИЛЬОВА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ

*Кафедра хірургії № 1
Вищій державній навчальній заклад України
«Букovinський державний медичний університет»*

Геморої в структурі колопроктологічних захворювань посідає перше місце, питома вага якого складає від 33 до 42%. Його захворюваність досить висока і становить 118-120 випадків на 1000 дорослого населення й основна маса хворих працездатного віку. Все більшого поширення при лікуванні гемороєю набувають малоінвазивні хірургічні методи, до яких відноситься застосування радіохвильового скальпеля.

Мета дослідження: удосконалення хірургічного лікування хворих із комбінованим геморосм, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень.

В проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні виконано 24 гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля «Surgitron™» у хворих з комбінованим геморосм. Серед них - 14 хворих чоловіки і 10 жінок. Вік хворих коливався від 23 до 62 років. Всім хворим в обов'язковому порядку проводили огляд перианальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопію, УЗД внутрішніх органів, ФОГК, загальноклінічні аналізи. Оперативні втручання виконували під спиню – мозковою анестезією розчином меркаїну чи бупівікаїну.

Після обробки операційного поля та прямої кишки під пальцевим контролем верхівку внутрішнього гемороїдального вузла захоплювали затискачем Люера з тракцією вузла до низу. При цьому судинна ніжка і основа вузла чітко визначалися. Окремим вікриловим вузловим швом на атравматичній голці відступивши до 0,8-1 см проксимальніше прошивали та двічі перевязували слизову анального каналу з судинною ніжкою, попередньо зробивши насічку слизової радіохвильовим скальпелем в режимі «різання та коагуляція». Сам вузол прошивали в основі під зажимом обвивним швом, послаблюючи бранші затискача та одночасно зав'язуючи шов. Гемороїдальний вузол відсікали в режимі «різання».

В усіх випадках спостерігали надійний гемостаз. У випадках коли внутрішній вузол відповідав IV стадії перевагу надавали окремим вузловим швам при прошиванні основи вузла. Затискачем Аліса захвчували верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, підтягуючи проксимальніше, що давало можливість кращій візуалізації судинної ніжки та основи останнього. Окаймляючим розрізом в режимі «різання та коагуляція» розсікали слизову в основі та поздовжнім – по ходу судинної ніжки. За допомогою, в переважній більшості, тупфера або радіохвильового скальпеля в режимі «коагуляція» відсепарували основу вузла та судинну ніжку від оточуючих тканин. Судинну ніжку прошивали вузловим вікриловим швом на атравматичній голці, затагуючи проксимальніше та відсікаючи в режимі «різання». Дефект слизової анального каналу поновлювали вузловими швами, підтягуючи анодерму проксимальніше та формуючи заплату. Завершували операцію контролем гемостазу та мазевим тампоном в прямій киші.

Оцінку результатів лікування ми провели по наступних параметрах: больові відчуття пацієнта в післяопераційному періоді, реакцію тканин на проведену маніпуляцію (кровотеча, запалення, інфільтрація, коагуляційний некроз), частота післяопераційних ускладнень, тривалість заживання післяопераційної рани, зручність роботи з апаратом.

В ранньому післяопераційному періоді ні в одному випадку не було зареєстровано кровотечі, значно менше турбував больовий синдром, реактивні явища в ділянці операції були помірнішими. Тривалість ліжкодня в середньому була 8-9 днів. Хворі були під наглядом в термін від 1 до 6 місяців.

Таким чином, гемороїдектомія з використанням радіохвильового скальпеля проходила в умовах значно меншої кровоточивості тканин, порівняно з типовою гемороїдектомією. Ні в одному випадку після гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля не виявлено ускладнень і рецидивів захворювання.