

· МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІННИЦЬКОЇ ОДА
ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ імені М.І. ПИРОГОВА
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.І. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ

МАТЕРІАЛИ

II НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

(2–3 березня 2017 року, м. Вінниця)

присвяченої
100-річчю Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова

Вінниця ТОВ "Нілан-ЛТД" 2017

кишки були у 72 (14,5%) хворого, у 32 вдалось канюлювати втягнутий та змінений ВДС, у 11 пацієнтів проведена неповна ЕПСТ. Ускладнення під час транспапільярних втручань виникли у 82 (16,5%) хворих. У 36 (7,2%) хворих виникла кровотеча з папілотомної рани. Для припинення кровотечі використовували електрокоагуляцію та консервативні методи зупинки. У 6 (1,2%) хворих виник реактивний панкреатит. В 12 випадках було вклинення корзини Дорміа. В 9 випадках вдалось зняти шляхом протоквування корзини проксимально, розтягуванням холедоху 40 – мл теплою фізіологічного розчину. В 3 випадках використано механічний літотріптор Olympus BML-110A. Холангіт виник у 4 хворих, у 12 виникло загострення вже наявного холангіту.

Застосування ендоскопічних транспапільярних втручань у хворих похилого та старечого віку ефективно в 76% випадків і є методом вибору в умовах сучасного хірургічного стаціонару з сучасним ендоскопічним обладнанням.

УДК: 616.367-089.819-072.1

Болдіжар П.О., Румянцев К.Є., Болдіжар О.О.

ЕНДОСКОПІЧНА ПАПІЛОТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет
Кафедра хірургічних хвороб

Поширеність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) має різний рівень у різних країнах, але за останні роки він постійно зростає в динаміці. У зв'язку з чим відповідно зростає і кількість оперативних втручань. Це у свою чергу приводить і до збільшення кількості пацієнтів з постхолецистектомічним синдромом, що частіше усього пов'язано з некорегованим холедохолітіазом, який діагностують у 10–30% пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою. Несвоєчасне та неадекватне хірургічне

лікування холедохолітіазу приводить до розвитку подальших ускладнень, таких як механічна жовтяниця, холангіт, гострий біліарний панкреатит, печінкова недостатність.

Проаналізовано результати ендоскопічного лікування 797 хворих з холедохолітіазом, які знаходилися на лікуванні у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака за період 1997 – 2016рр. Середній вік пацієнтів склав $48,5 \pm 4,3$. Серед хворих жінок було 58,2%, чоловіків – 41,8%. У групу пацієнтів, попередньо оперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби, увійшло 414 (52%) хворих. Механічна жовтяниця у цій групі була діагностована у 298 (71,9%) хворих, а у групі пацієнтів з холедохолітіазом без попередніх операцій на жовчовивідних шляхах – у 177 (46,2%) хворих. Холангіт ускладнив холедохолітіаз у 149 (31,3%) пацієнтів із механічною жовтяницею. Синдром Мірізі II типу з холецистохоледохеальною норичею діагностовано у 56 (7%) хворих.

На основі клінічних проявів, об'єктивного обстеження, даних лабораторних обстежень, ультрасонографії, комп'ютерної томографії, фібродуоденоскопії, фістулохолангіографії, ендоскопічної ретроградної холангіографії, були визначені показання до транспапілярних втручань. Ендоскопічна папілотомія виконувалася за стандартною методикою із врахуванням анатомо-морфологічних особливостей великого дуоденального сосочка та розмірів конкрементів. У залежності від кількості, форми та розміру конкрементів виконували літоекстракцію корзиною Дормія, при необхідності з попередньою літотріпсією, або залишали конкременти для самостійного відходження протягом 2–6 діб. При гнійному холангіті або загрозі вклинення невидалених конкрементів у термінальний відділ холедоха обов'язково виконували назобіліарне дренивання або білодуоденальне стентування.

Одномоментні транспапілярні втручання були проведені у 297 (37,2%) хворих, повторні у 94 (11,7%) пацієнтів. З набуттям досвіду транспапілярних втручань рахуємо недоцільним виконувати більше

двох спроб ендоскопічних літоекстракцій, результатом чого було виконання відкритих втручань на холедосі у 54 (6,7%) пацієнтів.

У 9 (1,1%) хворих з ендоскопічно невидаленими конкрементами ендоскопічна папілосфінктеротомія з біліодуденальним стентуванням була кінцевим етапом лікування у зв'язку із високим анестезіологічним ризиком з приводу супутньої серцевої патології. Ендоскопічна папілотомія з наступним самостійним відходженням конкрементів або з літоекстракцією була остаточною методом лікування у 27 (48,2%) пацієнтів із холецистохоледохоальною норницею та відсутністю конкрементів у жовчному міхурі.

У результаті транспапілярних втручань вдалося ліквідувати механічну жовтяницю у 95,9% хворих, повністю санувати та відновити пасаж жовчовивідних проток у 93,3% пацієнтів, що доводить високу ефективність ендоскопічних втручань у лікуванні жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом.

УДК: 616.381-007.43-089:616.381

Бугрідзе З.Д., Грубнік В.В., Воротинцева К.О.

**ТЕХНІЧНІ АСПЕКТИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВІВ ПРИ
ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ГЕРНІОПЛАСТИКАХ ПАХВИННИХ
ГРИЖ**

Одеський національний медичний університет

Кафедра хірургії № 1

Актуальність. На даний момент лапароскопічні операції при лікуванні пахвинних гриж є «Золотим стандартом» лікування. Багато рандомізованих дослідження показують, що лапароскопічні герніопластики асоціюються з низькою частотою післяопераційних ускладнень, помірним больовим синдромом, коротким періодом відновлення нормальної фізичної активності і швидким одужанням.