

**Распределение количества оперированных пациентов в зависимости от нозологии и оперативного доступа с расчетом послеоперационного койко-дня по годам**

Год	Острый аппендицит, традиционный доступ		Острый аппендицит, лапароскопический доступ		Острый холецистит, лапаротомный доступ		Острый холецистит, лапароскопический доступ	
	к-во	п/опер. койко-день	к-во/% от общего количества	п/опер. койко-день	к-во	п/опер. койко-день	к-во/% от общего количества	п/опер. койко-день
2015	320	7,05	89/21,7%	7,15	8	7,26	136/94,4%	6,7
2016	255	7,4	143/35,9%	7,1	18	7,1	142/88,7%	6,7
2017	281	7,6	121/30%	6,8	11	7,0	120/91,6%	6,8

**ВЫВОДЫ**

1. Необходимо обучение хирургов из состава дежурных бригад навыкам выполнения лапароскопических вмешательств для обеспечения выполнения лапароскопических аппендэктомий вне зависимости от времени суток.

2. Конечная цель применения малоинвазивных технологий – экономия медицинских

ресурсов не достигнута. Основной причиной такой ситуации является «традиционный» подход врачей-ординаторов к выписке пациентов на амбулаторное лечение после снятия швов с ран. Необходимо усиление административного контроля за целесообразностью пребывания пациента в стационаре.



УДК 616.381-002:616.361]-092

*М.А. Капитальян,  
А.А. Колотвин*

**ОПТИМІЗАЦІЯ ОБРОБКИ  
ЕЛЕМЕНТІВ ШИЙКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА  
У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ  
ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПУТНІМ ХВГ**

*Одеський національний медичний університет  
Валіховський пров., 2, Одеса, 65082, Україна  
Військово-медичний клінічний центр південного регіону  
вул. Пироговська, 2, Одеса, 65044, Україна  
Odessa National Medical University  
Valikhovsky Lane, 2, Odessa, 65028, Ukraine  
Military Medical Clinical Center of the Southern Region  
Pyrohovska str., 2, Odessa, 65044, Ukraine*

Гострий калькульозний холецистит (ГКХ) є однією з важливих медико – соціальних проблем останнього десятиріччя. Безумовну увагу привертають питання профілактики ускладнень при

лікуванні ГКХ, особливо з використанням лапароскопічних методик. Зменшити ризик їх виникнення можливо шляхом всебічного вивчення можливих причин з подальшим

застосуванням сучасних передових технічних підходів лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). Ця проблема особливо актуальна для такого важливого етапу ЛХЕ, як кліпування елементів шийки жовчного міхура. У той же час, потрібно зазначити, що впровадження в клінічну практику мініінвазивних втручань призвело до появи нових механізмів розвитку ускладнень, у тому числі витікання жовчі з кукси міхурової протоки. Дані літератури свідчать, що частота жовчотеч після ЛХЕ з приводу ГКХ становить від 0,5% до 3,0%. Прорізання кліпованих структур є одним з найбільш складних та серйозних ускладнень. Необхідно враховувати, що супутні хронічні дифузні захворювання печінки супроводжуються гепатомегалією і створюють додаткові труднощі при дисекції та кліпуванні в зоні міхурової протоки та несуть з собою додаткові ризики. З розвитком ендоскопічних технологій з'явилась необхідність у лігуванні анатомічних структур з використанням біологічно інертних полімерних матеріалів. Цим вимогам відповідають полімерні кліпси за типом Hem-o-lock, які мають багато позитивних властивостей і тому їх використання збільшується з кожним роком у всіх напрямках хірургії.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проведений ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 1832 пацієнтів з ГКХ, прооперованих за період з 2012 по 2017 рік, з яких у 1349 для кліпування міхурової протоки використовували металеві кліпси.

При цьому в період з 2012 по 2014 рік металеві кліпси були використані у 1010 хворих ГКХ, а з 2015 по 2017 рік їх застосовували в 339 прооперованих хворих, у той час, як у 483 пацієнтів кліпування елементів шийки міхурової протоки проводилось полімерними кліпсами за типом Hem-o-lock.

Як видно з таблиці 1, при кліпуванні міхурової протоки металевими кліпсами за період з 2012 по 2017 рік прорізування кукси міхурової протоки виявлено в 2,96% хворих, що потребувало в подальшому вирішення цієї проблеми.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Жовчотеча є ускладненням, яке виникає найбільш часто внаслідок прорізування кліпованих структур. Під час ЛХЕ для контролю гемостазу та можливої жовчотечі усім хворим у підпечінковий простір встановлювався дренаж.

Як представлено в таблиці 2, у 10 (1,03%) пацієнтів ранній післяопераційний період ускладнився виникненням жовчотечі, оцінку якої проводили згідно з класифікацією L. Morgenstern (2006). Жовчотеча до 100 мл за добу розцінюється як 1 ступінь і відмічалась у 7 (70%) пацієнтів, від 100 до 500 мл за добу – 2 ступінь, який відмічався у 2 (20%) хворих, та більше 500 мл за добу розцінюється як 3 ступінь і діагностувався в 1 (10%) випадку. При виділенні жовчі по дренажним трубкам в об'ємі від 100 до 300 мл за першу добу з тенденцією до зменшення в наступні декілька днів проводився динамічний контроль загального стану пацієнтів, об'єму витоку жовчі по дренажам, а також консервативне лікування, яке в 7 (70%) пацієнтів привело до самостійного припинення жовчовитікання. У той же час, при відсутності позитивної динаміки, збільшенні об'єму виділеної жовчі, виявленні жовчі в різних ділянках черевної порожнини та появи ознак та симптомів перитоніту 3 (30,0%) хворим довелось проводити релапароскопію, під час якої було встановлено витікання жовчі з кукси міхурової протоки внаслідок прорізання металеві кліпси.

Таблиця 1

#### Розподіл хворих на ГКХ залежно від прорізування міхурової протоки за досліджуваний період

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всього
Кількість прорізувань міхурової протоки	13	11	7	3	4	2	40

Наведені в таблиці 3 дані свідчать, що ускладнення при ЛХЕ у вигляді прорізування міхурової протоки при кліпуванні металевими

кліпсами було діагностовано в 40 (2,96%) хворих. Необхідно зазначити, що з них 2 пацієнти були із супутнім ХВГ. У той же час, при

застосуванні полімерних кліпс за типом Нем-о-lock не відмічалось виникнення цього ускладнен-

ня, в тому числі в пацієнтів із супутнім хронічним вірусним ураженням печінки.

Таблиця 2

### Розподіл хворих залежно від наявності жовчотечі в післяопераційному періоді у хворих на ГКХ у період з 2012 по 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всього
Жовчотечі	4	2	2	1	1	-	10

Проведений аналіз за період з 2012 по 2017 рік свідчить про високу ефективність та безпечність використання полімерних кліпс за

типом Нем-о-lock при ГКХ, у тому числі в пацієнтів із супутнім ХВГ.

Таблиця 3

### Результати порівняння різних методів кліпування елементів структури шийки жовчного міхура, які викликають ускладнення, за 2012-2017 роки

Спосіб кліпування міхурової протоки й артерії	Прорізування кліпованих структур п/%
Металеві кліпси	40 (2,96%)
Полімерні кліпси	-

#### ПІДСУМОК

Таким чином, використання полімерних кліпс за типом Нем-о-lock для кліпування елементів структури шийки жовчного міхура при ГКХ, у

тому числі в пацієнтів із супутнім ХВГ, дозволяє попередити виникнення ускладнень у вигляді жовчотечі.



УДК 616.37-002.4-003.2-036.1-08

*П.Г. Кондратенко,  
М.В. Конькова,  
Г.Е. Самойленко,  
С.О. Жариков,  
Р.В. Пилипенко,  
Н.В. Гмошинский*

### ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ИНФИЛЬТРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Донецький національний медичний університет  
вул. Привокзальна, 27, Лиман, Донецька область, 84404, Україна  
Donetsk National Medical University  
Pryvokzalna str., 27, Lyman, Donetsk region, 84404, Ukraine