

tion / S. Hirano, E. Tanaka, T. Tsuchikawa // J Hepatobiliary Pancreat Sci. – 2012. – Vol. 19, № 3. – P. 203–209.

13. Treatment of failed Roux-en-Y hepaticojejunostomy after post-cholecystectomy bile ducts injuries / A. Benkabbou, D. Castaing, C. Salloum [at al.] // Surgery. – 2013. – Vol. 153, № 1. – P. 95–102.

Ничитайло М. Е., Гуцуляк А. И., Булик И. И., Дебенко И. В., Ризнык М. В.

Особенности формирования гепатикојеюноанастомозов методом ВЧ-электросваривания мягких тканей в клинической практике

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Реферат. Введение: В гепатобилиарной хирургии актуальной остается проблема наложения билиодигестивных анастомозов с целью восстановления магистрального желчеоттока. Ранние послеоперационные осложнения, такие как несостоятельность швов, формирование абсцесса, желчеистечение с анастомоза, холангит возникают у около 20% больных; отдаленные, в основном в виде стриктур – в 10–30%.

Материалы и методы: В 5 больных проведено формирование гепатикојеюноанастомозов методом ВЧ-электросварки – 4 из них прооперированы по причине злокачественных опухолей головки поджелудочной с развитием механической желтухи, еще одна больная с ятрогенным повреждением гепатикохоледоха и разлитым желчным перитонитом.

Результаты: Гепатикојеюноанастомозы сформированные методом ВЧ-электросварки были герметичными и обладали достаточной прочностью, как непосредственно после наложения, так и в дальнейшем послеоперационном периоде. В результате клинического наблюдения и дополнительных инструментальных исследований (УЗИ и МРПХГ) в послеоперационном периоде явлений желчеистечения и стенозирования анастомозов ни у одного из больных не наблюдалось.

Выводы: Использование ВЧ-электросварки позволяет форми-

ровать надежные и безопасные гепатикојеюноанастомозы, как в условиях невоспаленных, так и воспаленных тканей.

Ключевые слова: гепатикојеюноанастомоз, желчевыводящие протоки, ВЧ-электросваривание, механическая желтуха.

M.Yu. Nychytailo, A.I. Hutsuliak, I.I. Bulyk, I.V. Dâbenko, M.V. Riznyk
Features of Hepatico-Jejuno Anastomosis Formation Using the Method of High-Frequency Electric Welding of Soft Tissues

A.A. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, National Academy of Medical Science of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Abstract. In hepatobiliary surgery, the problem of applying biliodigestive anastomosis to restore the main bile outflow remains relevant. Early postoperative complications such as leakage from sutures, abscess formation, anastomotic bile leakage, and cholangitis occur in about 20% of patients; remote postoperative complications, mostly in the form of strictures, occur in 10–30% of patients.

Materials and methods. In 5 patients, hepatico-jejuno anastomoses were constructed using the method of high-frequency electric welding of soft tissues: 4 patients were operated on for pancreatic head masses with the development of obstructive jaundice; 1 patient was operated on for iatrogenic damage to hepaticocholeochus and bile peritonitis.

Results. Hepatico-jejuno anastomoses, constructed using the method of high-frequency electric welding of soft tissues, were hermetic and sufficiently strong, both immediately after application, and later in the postoperative period. According to the results of clinical observation and additional instrumental examinations (ultrasound examination and magnetic resonance cholangiopancreatography), postoperative bile leakage or stenosis of anastomoses were observed in none patient.

Conclusions. The use of high-frequency electric welding allows constructing safe and reliable hepatico-jejuno anastomoses under conditions of non-inflamed as well as inflamed tissues.

Keywords: hepatico-jejuno anastomoses; bile ducts; high-frequency electric welding; obstructive jaundice.

Надійшла 08.08.2016 року.

УДК: 616-08+616-007.64+616.345

Новицький О. В., Шевчук І. М., Шаповал А. Л., Садовий І. Я.

Результати лікування хворих з дивертикулярною хворобою товстого кишечника

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

E-mail: onow@ukr.net

Резюме. Проаналізовано результати лікування 72 хворих з дивертикулярною хворобою товстого кишечника. Серед них – 44 (61,1 %) жінок та 28 (38,9 %) чоловіків. Вік хворих коливався від 18 до 78 років.

Підкреслено зростання кількості хворих з ускладненим перебігом захворювання, особливо осіб старших вікових груп. Встановлено причини летальних наслідків при ускладненій течії хвороби, наявність у померлих важкої супутньої патології. Накреслено шляхи поліпшення результатів лікування, які полягають у ранній діагностиці дивертикульозу кишечника, виконанні радикальних резекційних оперативних втручань у хворих середнього та похилого віку, профілактиці післяопераційних гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова: дивертикулярна хвороба товстого кишечника, ускладнення, результати лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Серед хірургічних захворювань органів черевної порожнини дивертикулярна хвороба товстого кишечника (ДХТК) залишається актуальною медичною та соціальною проблемою. Зростання кількості хворих з дивертикулами кишечника супроводжується збільшенням розвитку ускладнень, а саме гнійно-запального характеру та кровотеч [1]. Дивертикуліт з перфорацією, утворенням абсцесів, розвитком перитоніту та інших гнійних уражень черевної порожнини ускладнює

перебіг захворювання в 15–30 % випадків та є однією з найчастіших причин, що приводить до термінової операції [2]. В більшості випадків операції завершуються накладанням колостом, що зумовлено пізньою діагностикою та розповсюдженістю гнійного процесу, наявністю супутньої патології, особливо у хворих похилого віку [3]. Інвалідизація пацієнтів супроводжується значним погіршенням якості життя. Частина хворих потребує повторних оперативних втручань для виконання реконструктивно-відновних операцій, що вимагає значних матеріальних витрат [4].

Існує багато невирішених питань при виборі діагностичної та лікувальної тактики, а саме: вибір терміну та оптимального методу оперативного втручання, особливості техніки операції, профілактики ускладнень. Одними з важких та грізних ускладнень після таких операцій є запальні, нагнійні процеси в черевній порожнині та неспроможність швів анастомозів. Це вимагає удосконалення лікувально-діагностичної тактики і техніки хірургічних оперативних втручань, розробки засобів профілактики післяопераційних ускладнень.

Мета дослідження. Проаналізувати результати лікування хворих з дивертикулярною хворобою товстого кишечника.

Матеріал і методи дослідження

Проаналізовані результати лікування 72 хворих з дивертикулярною хворобою товстого кишечника (ДХТК), які знаходилися на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2008 по 2015 рр. Серед них переважали особи похилого та старечого віку (понад 60 років) – 57 (79, 2 %) хворих. У віці від 44 років до 60 було 9 (12,5 %), Молодого віку (до 44 років) було всього 6 хворих (8,3 %). Вік наймолодшого хворого чоловіка був 32 роки. Найстаршим серед пацієнтів з ДХТК був чоловік віком 92 роки. Жінок було 44 (61,1%), чоловіків – 28 (38,9 %).

Діагностику захворювання здійснювали на підставі даних об'єктивного і лабораторного обстеження, пальцевого обстеження прямої кишки, аналізу результатів оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, іригоскопії (–графії), ректороманоскопії, колоноскопії та ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, консультації сумжних спеціалістів

Діагностичну ректороманоскопію проводили з використанням жорсткого ректороманоскопа («Heine», Німеччина). Оптична система пристрою оснащена дистальним кільцевим фіброволоконним освітленням зі збільшеною лінзою 1,5х, розмірами тубуса 300х20 мм, який обладнаний інсуфляційним портом та сантиметровою шкалою.

У хворих з ДХТК дивертикули різних розмірів виявлено на рівні правої половини ободової кишки у 12 (16,7 %) хворих, поперечноободовій кишці – у 15 (20,8%), лівої половини ободової кишки – у 45 (62,5%), зокрема сигмовидній кишці – у 11 хворих.

Серед обстежених 72 хворих ускладнення основного захворювання у вигляді товстокишкової непрохідності різного ступеня виявлено у 22 (30,6 %) хворих, товстокишкової кровотечі з анемією тяжкого ступеня (гемоглобін нижче 60 г/л) – у 15 (20,8 %) хворих, перфорації стінки товстої кишки – у 12 (16,7%), параколичного абсцесу – у 11 (15,3%) хворих.

У 57 (79,2%) хворих діагностовані різноманітні супутні захворювання, переважно серцево-судинної, ендокринної, сечовидільної системи та органів дихання. Серед супутніх захворювань явища поліморбідності мали 12 (21,1%) хворих (системні прояви атеросклерозу, ішемічна хвороба серця, перенесений інфаркт міокарда, атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок, доброякісна гіперплазія передміхурової залози та ін.). Коморбідність встановлена у 28 (49,1%) хворих. По одному супутньому захворюванню мали 17 (29,8%) обстежених хворих.

Результати дослідження

Проаналізовано результати лікування 72 хворих з дивертикулярною хворобою товстого кишечника (ДХТК).

Клінічна симптоматика ДХТК відрізнялася в залежності від локалізації захворювання у відділах ободової кишки та наявності ускладнень. При локалізації дивертикулів у правій половині ободової кишки діля 12 (16,7 %) із 72 хворих найбільш постійними клінічними ознаками захворювання були вторинна анемія (гемоглобін нижче 60 г/л) – у 9 (75%), біль в животі у 6 (50%) метеоризм – у 5 (41,7%), порушення стільця – у 4 (33,3%), натомість патологічні виділення з калом спостерігали лише у 3 (25%) хворих.

При ДХТК на рівні поперечно-ободової кишки для 15 (20,8%) із 72 хворих найбільш характерними був метеоризм – у 11 (73,3%), переймоподібний біль – у 10 (66,7%), порушення відходження стільця – у 8 (53,3%) та вторинна анемія – у 5 (33,3%) хворих.

При ДХТК лівої половини ободової кишки серед у 45 (62,5%) із 72 хворих порушення стільця реєстрували у 31 (68,9%) пацієнтів, біль в лівій половині живота – у 30 (66,7%), метеоризм – у 18 (40 %), патологічні виділення з калом – у 17 (37,8%) хворих, вторинну анемію відзначено – у 11 (24,4%) хворих.

Частина хворих ДХТК 12 (16,7 %) поступили в плановому порядку із встановленим раніше діагнозом, при загостренні хвороби у вигляді запального процесу (коліт та дивертикуліт). Ці хворі не були оперовані, серед них 7 жінок та 5 чоловіків. В стаціонарі проводилось консервативне лікування, яке включало застосування дієти, спазмолітиків, анагетиків, внутрішньовенне введення білкових кровозамінників, гідроклононотерапія. Середній термін їх перебування

в стаціонарі склав відповідно (6,71 ± 3,73) ліжко/дів.

Інші хворі поступали в стаціонар в ургентному порядку з ознаками шлунково-кишкової кровотечі, больовим синдромом в черевній порожнині, явищами перитоніту. Ургентно були оперовані 60 (83,3 %) хворих. Об'єм операції залежав від локалізації патологічного процесу, ступеня порушення кишкової прохідності, тяжкості загального стану хворого, віку і характеру супутніх захворювань.

Оперативним шляхом виконували лапаротомію, резекцію ураженого дивертикулами кишечника з анастомозом кілець в кінець проведена у 28 (46,7 %) хворих. Обструктивна резекція товстої кишки за Гартманом виконана у 12 (20 %) хворих, за Мікуличем – у 6 (10 %) хворих. Ушивання місця перфорації дивертикула з накладанням колостоми вище перфоративного отвору проведено у 6 (10 %) хворих; тільки ушивання стінки кишки без накладення колостоми – у 4 (6,7%) хворих. В 4 (6,7 %) хворих у зв'язку з важким загальним станом, наявністю великих за розмірами інфільтратів в нижній частині черевної порожнини та декомпенсованою товстокишковою непрохідністю товстого кишечника, обсяг оперативних втручань був обмежений лапаротомією з накладанням колостоми. Усі операції завершували дренажуванням черевної порожнини.

Особливі труднощі вибору обсягів оперативних втручань спостерігали у хворих з супутньою патологією серцево-судинної, нервової та інших захворювань. У 3 випадках хворим було виконано релапаротомію в зв'язку з неспроможністю швів анастомозу та прогресуванням перитоніту, що ускладнили післяопераційний період. Серед 60 прооперованих хворих середній термін їх стаціонарного лікування склав (10,72 ± 4,96) ліжко/дів.

Летальні наслідки були зафіксовані в період від 1 до 10 доби після операції. Безпосередньо причинами смерті були інтоксикаційні прояви у 2 хворих з перфорацією стінки товстої кишки та розповсюдженим перитонітом, тромбоемболія легеневої артерії у 2 хворих на фоні дивертикуліту та гострої товстокишкової непрохідності, гостра серцево-судинна недостатність у одного хворого з товстокишковою кровотечею та патеморагічною анемією тяжкого ступеня.

Аналіз показав, що розвиток післяопераційних ускладнень та летальність залежали від віку хворих, наявності у них перитоніту різного ступеня тяжкості і поширеності, супутніх хвороб (гіпертонічної, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету), а також стану кишечника. У всіх випадках спостерігалася пряма залежність кількості негативних наслідків від зазначених факторів, тобто серед померлих переважали хворі віком понад 60 років, з розповсюдженим перитонітом, двома або більше супутніми захворюваннями. У результатах додаткових методів обстеження спостерігали суттєві зміни в загальному та біохімічному аналізах крові — гіпопротеїнемія, анемія, зсув лейкоцитарної формули крові вліво. Хворі мали супутні захворювання, серед яких переважала серцево-судинна патологія (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз). Серед інших супутніх нозологічних форм були хронічні захворювання легень, печінки, жовчного міхура, нирок, цукровий діабет.

Оцінка результатів лікування хворих з ДХТК дозволила розробити шляхи поліпшення результатів при даній патології. Виходячи з того, що пізня госпіталізація є однією з головних причин незадовільних результатів лікування, а високий операційний ризик зумовлений старечим віком більшості хворих та супутньою патологією, неодноразовими загостреннями хвороби та гнійно-запальними ускладненнями, основні зусилля слід направити на ранню діагностику, адекватну передопераційну підготовку, раціональний вибір обсягів втручання та профілактику післяопераційних ускладнень. Виконання радикальних операцій після перших проявів ДХТК у хворих середнього та похилого віку дозволить поліпшити якість життя та зменшити вірогідність летальних наслідків.

Висновки

Шляхи поліпшення результатів лікування хворих з дивертикулярною хворобою товстого кишечника полягають у ранній діагностиці, своєчасному виконанні радикальних оперативних втручань у хворих середнього та похилого віку і профілактиці післяопераційних гнійно-запальних та тромбоемболічних ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Удосконалення методів хірургічного лікування хворих з дивертикулярною хворобою товстого кишечника та профілактика післяопераційних ускладнень.

Література

1. Неотложная проктология / [В. К. Ан, В. Л. Ривкин]. – М.: ИД Мед. практика, 2003. – 144 с.
2. Клиническая колопроктология: руководство для врачей / [ред. П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц, Ф. Э. Элин, Н. Л. Смирнов]. – Х.: Факт, 2006. – 385 с.
3. Степанов Ю. М. Желудочно-кишечные кровотечения (Причины, диагностика, лечение): монография / Ю. М. Степанов, В. И. Залевский, А. В. Косинский. — Донецк.: Лира, 2011. — 232 с.
4. Хірургія / за ред. П. Г. Кондратенко. – К. : Медицина, 2009. — 967 с.

Новицький О. В., Шевчук І. М., Шаповал А. Л., Садовий І. Я.

Результаты лечения больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина, E-mail: onow@ukr.net

Резюме. Проанализированы результаты лечения 72 больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника. Среди них –

44 (61,1%) женщин и 28 (38,9%) мужчин. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет.

Подчеркнуто рост числа больных с осложненным течением заболевания, особенно лиц старших возрастных групп. Установлены причины летальных исходов при осложненном течении болезни, наличии у умерших тяжелой сопутствующей патологии. Намечены пути улучшения результатов лечения, заключающиеся в ранней диагностике дивертикулеза кишечника, выполнении радикальных резекционных оперативных вмешательств у больных среднего и пожилого возраста, профилактике послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстого кишечника, осложнения, результаты лечения.

O.V. Novytskyi, I.I. Shevchuk, A.L. Shapoval, I.Ya. Sadovyi

Results of Treatment of Patients with Diverticular Disease of the Colon

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine, E-mail: onow@ukr.net

Abstract. The results of treatment of 72 patients with diverticular disease of the colon were analyzed. Among them there were 44 (61.1%) females and 28 (38.9%) males. Patients ranged in age from 18 to 78 years.

The increase in the number of patients with complicated course of the disease, especially those being in older age groups was noted. The causes of lethal outcomes in case of complicated course of the disease and the presence of severe comorbidity in deceased patients were established. The ways to improve treatment results were determined. They include early diagnosis of diverticulosis, radical bowel resection in elderly patients and those of middle age, prevention of postoperative pyoinflammatory complications.

Keywords: diverticular disease of the colon; complications; treatment outcomes

Надійшла 06.07.2016 року.

УДК: 616.367+616.629)-089.819.7-07

Огурцов О. В., Лукавецкий О. В.

Новый метод визуализации жовчного дерева та сечоводів під час лапароскопії за допомогою hev lapvision

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії №1, surgery1lnmu@ukr.net

Резюме. Актуальність. Незважаючи на вдосконалення техніки операцій та багаторічний досвід, кількість інтраопераційних ускладнень залишаються на незмінному рівні і зустрічаються стабільно протягом останніх років. Частою причиною ускладнень є погіршення інтраопераційної візуалізації, що призводить до пошкодження анатомічних структур: біліарного дерева, сечоводів, судин та органів. Використання методів флуоресценції при інсоляції ультрафіолетовим світлом сьогодні недостатньо вивчені. З огляду на вищевказане, сьогодні продовжується пошук доступних заходів для попередження інтраопераційних ускладнень, за рахунок покращення інтраопераційної візуалізації анатомічних структур та розробки нових методів інтраопераційної навігації.

Матеріали та методи. У дослідженні використовувалась флуоресцеїн натрію - хімічна сполука, синтетичний барвник помаранчевого кольору, що демонструє жовто-зелену флуоресценцію у розчинах. Максимум спектру абсорбції у воді 494 нм, а емісії 521. Даний флуорофор вводився внутрішньовенно з розрахунком 5 мг/кг. Дослідження виконані на 10-ти статевозрілих білих щурах-самцях (віком 4,5-5,5 місяців і масою тіла від 250 до 330 грам.) та 5-ти білих кроляч (віком 4,5-5 місяців і масою тіла від 4000 до 5400 грам). Експериментальні тварини поділені на 2 серії: перша серія вводився фізіологічний розчин та вивчено топографічну-анатомію біліарного дерева та сечоводів; друга серія досліджувана група. Перед експериментом тварини голодували. Знеболення проводили з використанням тіопенталу натрію. Експериментальні тварини були фіксовані в положенні на спині, після чого проводився розріз по верхній середній лінії. Над операційним полем був зафіксований лапароскоп (довжина 300 мм, діаметр 10 мм, кут 0 град.) до

якого приєднано камеру та джерело світла від системи інтраопераційної візуалізації (HEV LapVison). Під час ревізії органів черевної порожнини ідентифіковано печінку та біліарне дерево, нирки та сечоводи. Після внутрішньовенного введення флуоресцента в режимі реального часу проводився безперервний відеозапис та трансляція відео на моніторі. Загальний час відеозапису тривав 80 хвилин.

Результати. На 16±2 сек спостерігалась флуоресценція паренхіми нирки. Тканина була зеленого кольору з дрібною зернистістю; флуоресценція тривала 20 ± 4 хв. Візуалізація сечоводу починається з 20 ± 2 сек. На 90±10 сек з'явилася чітка візуалізація паренхіми печінки. Флуоресценція жовчних проток залишалась чіткою, тобто вдалось візуалізувати малі та великі гілки біліарного дерева. Флуоресценція спостерігалась протягом всього експерименту 80 хв.

Висновки. Візуалізація флуорофору в HEV light нова техніка, яка показує ефективність при візуалізації: печінки, нирки, сечоводів та біліарного дерева. Екскреція флуоресцеїну жовчу та сечено надає йому високу селективність. При цьому дана методика комерційно дешева ніж ідентифікація в ближньому інфрачервоному світлі, так як вартість флуоресцеїну значно менша ніж індоціаніду зеленого. HEV LapVison показала хороші результати під час дослідження. Вона має в собі блок обробки відео та джерело світла, при цьому адаптована для використання в лапароскопічній хірургії. Враховуючи результати експерименту, можна констатувати, що використання флуоресцеїну з HEV LapVison можливо зможе покращити інтраопераційну навігацію і зменшити кількість ускладнень.