

Выводы: Предложенный метод математического моделирования площади передней брюшной стенки и объема брюшной полости основан на объективных исследованиях и может применяться для прогнозирования возможных осложнений в послеоперационном периоде и решения вопроса о выборе наиболее приемлемого способа комбинированной герниопластики.

Каниковский О.Е., Карый Я.В., Бабийчук Ю.В., Шапринский Е.В.

ВЫБОР МЕТОДА БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кафедра хирургии медицинского факультета №2

*Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
г. Винница, Украина*

Цель. Проанализировать эффективность миниинвазивных и открытых методов билиарной декомпрессии при лечении механической желтухи (МЖ) у больных разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. За период с 2002 по 2017 год прооперировано 180 больных с МЖ. Больных молодого возраста было 12 (6,7%), среднего – 30 (16,6%), пожилого – 85 (47,2%), старческого – 48 (26,7%) и долгожителей – 5 (2,8%). Средний возраст – $62 \pm 6,0$ лет. Причиной МЖ доброкачественного генеза были: холедохолитиаз – 78 (43,3%) пациентов, синдром Мириizzi (СМ) – 11 (6,1%), стриктура общего желчного протока (ОЖП) – 6 (3,3%), стенозирующий папиллит (СП) – 18 (10,0%), хронический индуративный панкреатит – 10 (5,5%), киста головки поджелудочной железы – 3 (1,7%), пенетрирующая язва двенадцатиперстной кишки в гепатодуоденальную связку (ГДЗ) – 1 (0,6%) и постхолецистэктомический синдром – 13 (7,2%). Опухолевый генез МЖ был обусловлен: раком поджелудочной железы – 23 (12,8%) больных, раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСД) – 5 (2,8%), раком желчных протоков – 8 (4,4%), раком желчного пузыря с прорастанием в ГДЗ – 2 (1,1%) и метастазами рака в ворота печени – 2 (1,1%).

Результаты и их обсуждение. Двухэтапные миниинвазивные оперативные вмешательства проведены в 75 (41,7%) больных старших возрастных групп с уровнем билирубина больше 100 мкмоль/л, продолжительностью МЖ более 14 дней, при наличии холангита, билиарного панкреатита и декомпенсированной сопутствующей патологией. На первом этапе в 3 (1,7%) пациентов при наличии конкрементов диаметром до 5 мм выполнено эндоскопическую папиллярную баллонную дилатацию. В других 45 (25,0%) больных с холедохолитиазом проведено эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). В 22 (12,2%) случаях произошло самостоятельное отхождение конкрементов диаметром до 10 мм. В 12 (6,7%) больных выполнено литоэкстракцию корзинкою Дормиа. В 11 (6,1%) случаях при размерах конкрементов (10–20 мм) проведено механическую литотрипсию. При наличии гнойного холангита в 9 (5,0%) пациентов на первом этапе выполнено ЭПСТ и назобилиарное дренирование ОЖП. На втором этапе проведено лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ).

Одноэтапные миниинвазивные вмешательства выполнены в 25 (13,9%) больных молодого и среднего возраста с гипербилирубинемией меньше 100 мкмоль/л,

продолжительностью МЖ не более 14 дней, компенсированной или субкомпенсированной сопутствующей патологией, а также при отсутствии холангита и билиарного панкреатита. При наличии конкрементов до 5 мм проведено ЛХЭ и литоэкстракцию через пузырный проток баллонным катетером Фогарти в 6 (3,3%) пациентов. При СМ I типа в 8 (4,4%) случаях выполнено ЛХЭ с внешним дренированием ОЖП. Эндобилиарное ретроградное стентирование проведено в 3 (1,7%) больных со стриктурой терминального отдела ОЖП, раком БСД – в 3 (1,7%) и раком головки поджелудочной железы – в 5 (2,8%).

В 80 (44,4%) случаях выполнены открытые операции на желчных протоках у больных разных возрастных групп. В 15 (8,3%) больных при наличии конкрементов более 20 мм проведено открытую холецистэктомию с холедохолитотомией. Сформировано антирефлюксный холедоходуоденоанастомоз в 33 (18,3%) случаях: холедохолитиаз в сочетании с СП – 14 (7,8%), хронический индуративный панкреатит – 11 (6,1%), киста головки поджелудочной железы – 3 (1,7%) и рак головки поджелудочной железы – 5 (2,8%). В 19 (10,5%) пациентов проведено гепатикоюностомию по Roux: со стриктурой ОЖП – 3 (1,7%), СМ II типа – 3 (1,7%), раком желчных проток – 8 (4,4%) и раком головки поджелудочной железы – 5 (2,8%). Также у больных с раком головки поджелудочной железы выполнено панкреатодуоденальную резекцию в 3 (1,7%) и антеградное стентирование ОЖП – в 5 (2,8%).

Осложнения после миниинвазивных оперативных вмешательств наблюдались в 5 (5,0%) случаях, после открытых – в 10 (12,5%) ($p < 0,05$).

Выводы. Применение миниинвазивных методов билиарной декомпрессии при лечении МЖ у больных разных возрастных групп позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений на 7,5%. Двухэтапная хирургическая тактика при МЖ у больных старших возрастных групп является приоритетной. Одноэтапную коррекцию целесообразно выполнять при гипербилирубинемии меньше 100 мкмоль/л, продолжительности МЖ не более 14 дней, наличии компенсированной или субкомпенсированной сопутствующей патологии, а также при отсутствии холангита и билиарного панкреатита у больных молодого и среднего возраста.

Бутенко Ю.А., Акперов И.А.

ГИПЕРРЕАКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Кафедра хирургии с циклом онкологии медицинского факультета
Приднестровского государственного университета им. Т.Г. Шевченко
г. Тирасполь, Приднестровье*

Одной из не решённых проблем абдоминальной хирургии на сегодняшний день является предупреждение и прогнозирование развития спаечной болезни. Порочный круг инвазивное вмешательство – спайки – инвазивное вмешательство не приводит к улучшению качества жизни пациентов, а не редко приводит и к трагическим последствиям. В современной литературе многие аспекты патогенеза развития спаек ставятся под вопрос и требуют дальнейшего совершенствования. Несмотря на это в исследованиях авторов преобладает тенденция к признанию ключевой