

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ВГО "Асоціація хірургів України"
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України

УВАЖАЮЧИ З'ЇЗД ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

Київ
"Клінічна хірургія"
2015

УДК 617 (063)

**Затверджено та рекомендовано до друку
Президією Правління ВГО “Асоціація хірургів України”
28 квітня 2015 р., протокол № 4**

Редакційна колегія:

О. Ю. Усенко, М. В. Костилов, О. М. Литвиненко, П. О. Шкарбан, С. А. Андрещев

Рецензенти:

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Заграб'ян, А. Є. Коваленко,
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя,
А. С. Лаврик, М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульніков

Відповідальний за випуск

М. Ю. Ничитайло

Видано в авторській редакції.

Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах,
несе автор.

XXIII з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: 36. наук робіт. — Електрон. дан. (80 min 700 MB). — Київ, Клін. хірургія, 2015. — 1 електрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. вимоги: Pentium ; 2 MB RAM ; Windows XP, 7, 8, 10 ; Adobe Acrobat Reader. — Назва з контейнер.

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, баріатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.

© Клінічна хірургія, 2015

При тромботичній оклюзії інтраренального та супраренального відділу нижньої порожнистої вени на перший план виступає симптоматика ураження внутрішніх органів, зокрема нирок.

При тромботичній оклюзії гепатального та інфрадіафрагмального відділів нижньої порожнистої вени, із захопленням в процес печінкових вен, компенсація колатерального венозного кровоплину відбувається за рахунок поперекових та міжхребцевих вен, поперекових венозних сплетень, непарної та напівнепарної вен, нижніх та верхніх діафрагмальних вен, портокавальних анастомозів.

При локалізації верхівки тромботичних мас на рівні супрадіафрагмального та інтракардіального відділів нижньої порожнистої вени компенсація колатерального венозного кровоплину відбувається за рахунок міжхребцевих вен, непарної та напівнепарної вен, нижніх та верхніх діафрагмальних вен, портокавальних анастомозів, брахіоцефальних гілок верхньої порожнистої вени.

Таким чином, система нижньої порожнистої вени має широкі анатомічні можливості для компенсації кровоплину при локалізації тромбозу в кавальному венозному колекторі завдяки розвинутій сітці колатерального кровоплину.

Висновки

Запропонований комплексний діагностичний алгоритм дозволяє виявити анатомічні особливості компенсації колатерального кровоплину при тромбозах у кавальному венозному колекторі.

Аналіз компенсаторних можливостей колатерального венозного кровоплину дозволяє запропонувати диференційовану тактику профілактики тромбоемболії легеневої артерії.

Оцінка анатомічних передумов колатерального кровоплину у системі нижньої порожнистої вени дозволяє запобігти виникненню хронічної венозної недостатності

ПРЯМІ ТА НЕПРЯМІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Русин В. І., Корсак В. В., Русин В. В., Попович Я. М., Пекарь М. І.,
Машура В. В., Лангазо О. В.

Ужгородський національний університет

Проблема вибору методу хірургічної корекції хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок залишається актуальною і потребує подальших клінічних розробок та втілення в практичну охорону здоров'я нових способів та методів комплексного лікування.

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування хворих з критичною хронічною ішемією нижніх кінцівок за допомогою прямих та непрямих способів реваскуляризації з використанням ендovasкулярних технологій та їх комбінації.

У роботі вивчено та проаналізовано результати комплексного обстеження та хірургічного лікування 478 хворих, з приводу критичної ішемії на фоні дистальних форм оклюзійно-стенотичних уражень при облітеруючому атеросклерозі нижніх кінцівок.

Залежно від способу виконаного операційного втручання всіх пацієнтів поділили на наступні групи:

I група – пацієнти, яким виконано відкриті реконструкційно–відновні операції – 280 (58,6%).

II група – пацієнти, яким виконано операції непрямой реваскуляризації – 69 (14,4%).

III група – пацієнти, яким виконано відкриті реконструкційно–відновні операції, поєднані з методами непрямой реваскуляризації – 63 (13,2%).

IV група – пацієнти, яким виконано ендovasкулярні втручання – 31 (6,5%).

V група – пацієнти, яким виконано відкриті реконструкційно–відновні операції поєднані з ендovasкулярними втручаннями, тобто гібридні операції – 35 (7,3%).

Віддалені результати прямих реконструкційних оперативних втручань засвідчили, що до 5 року спостереження прохідність стегново–підколінних шунтів вище колінного суглобу становила 61%, нижче колінного суглобу – 45%, стегново–гомількових шунтів – 14,8%. Прохідність реконструйованої глибокої артерії стегна становила 53,0%, прохідність артерій після ендартеректомії – 35,0%. Показник збереження кінцівок вищий на 10–20% від показника прохідності артеріального сегменту. І тільки профундопластика не здатна забезпечити вищий показник збережених кінцівок.

До 5 року спостереження найкращі результати отримали в групах хворих, яким виконано шунтуючі операції в поєднанні з роторною остеотрепанациєю (РОТ) і поперековою симпатектомією (ПС) відповідно 51,7% та 49,3% збережених кінцівок.

Найгірші результати отримали у хворих, яким виконано ізольовані непрямі методи реваскуляризації. За допомогою РОТ вдалося зберегти кінцівку у кожного четвертого хворого – 25,4%, за допомогою ПС у кожного п'ятого – 21,3%. Комбінація профундопластики з РОТ покращує результат на 5% – з 37,1% до 42,2%.

Ми вважаємо, що при виборі способу хірургічного лікування з приводу хронічної ішемії кінцівки доцільно дотримуватись наступного правила: максимальна перевага балонної ангіопластики перед традиційними хірургічними операціями внаслідок ефективності і малотравматичності методу.

Висновки

Прямі способи реконструкції протягом п'яти років дають 61% збережених кінцівок, непрямі способи 45%, комбінації прямих і непрямих способів реваскуляризації – 51,1%.

Ендovasкулярні способи до трьох років спостереження дають 73% збережених кінцівок, гібридні втручання – 68,2%.



ЗМІСТ

3 – 35	Вогнепальні ушкодження, пов'язані з воєнними діями
36 – 222	Сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення
223 – 264	Комбустіологія та пластична хірургія
265 – 356	Хірургія серця та судин
357 – 492	Дитяча хірургія
493 – 530	Трансплантологія
531 – 562	Баріатрична та метаболічна хірургія
563 – 615	Ендокринна хірургія
616 – 728	Проблеми ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень
729 – 755	Додатково