

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

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. Андреещев

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]: 3б. 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, бариатричної 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

ного прогресування та дозволить проводити диспансерне спостереження, спрямоване на раннє виявлення в них КО.

Виявлені фактори ризику є важливими для ранньої діагностики імплантаційних метастазів в очеревину при КРР та своєчасного лікування, що, в свою чергу, призведе до покращення прогнозу для таких пацієнтів.

МАЛОІНВАЗИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Русин В. І., Філіп С. С., Болдіжар О. О., Румянцев К. Є.

Ужгородський національний університет

В останні десятиліття хронічний панкреатит (ХП) став найбільш частою патологією підшлункової залози (ПЗ), складаючи в структурі захворюваності органів травної системи 8 – 9%. Зростання захворюваності хронічним панкреатитом серед осіб молодого працездатного віку, розвиток важких ускладнень, що призводять до ранньої інвалідизації хворих, диктує необхідність вдосконалення методів діагностики та лікування даного захворювання.

Стойкий больовий синдром, який пов'язаний з компресією панкреатичних проток різного діаметру і розвитком панкреатичного компартменту, з подальшою дилатацією і розгерметизацією системи вивідних проток підшлункової залози з формуванням кіст і нориць вимагає застосування поряд з консервативними засобами, декомпресійних хірургічних втручань. Під час оперативного втручання при хронічному панкреатиті потрібно вирішити три основні завдання: усунути причини захворювання, ліквідувати больовий синдром та забезпечити вільний відтік у кишку панкреатичного соку і жовчі для максимального відновлення травлення.

Мета дослідження. З метою покращення результатів лікування хворих на ХП оцінити можливість використання малоінвазивних оперативних втручань.

Проведено аналіз результатів лікування 196 хворих ХП, які перебували на лікуванні у хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А. Новака, м. Ужгород. Клінічна картина характеризувалася у всіх хворих диспепсичними розладами травлення і больовим синдромом (94,4% пацієнтів). Функціональний і морфологічний стан ПЗ оцінювали за результатами загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, сонографічних (УСГ) методів дослідження, фіброезофагогастроуденоскопії, комп'ютерної томографії (КТ). Стан головної панкреатичної протоки (ГПП) досліджували за допомогою ретроградної холангіопанкреатографії. Найбільш інформативним методом діагностики ураження ПЗ було УСГ, за допомогою якого верифікували псевдо– та інтрапанкреатичні кісти в ПЗ, структуру тканини ПЗ, ширину ГПП та наявність в ній конкрементів. У випадках недостатньої верифікації змін в паренхімі ПЗ проводилась КТ з внутрішньовенними рентгенконтрасним підсиленням. ЕРПХГ проводилась не у всіх пацієнтів, із–за частих загострень ХП та посилення больового синдрому. За допомогою ФЕГДС виявляли стиснення зовні дванадцятипалої кишки псевдо– та інтрапанкреатичними кістами ПЗ.

Консервативне лікування при загостренні ХП проводили всім хворим в обсязі базової консервативної терапії гострого панкреатиту. Хворі були розділені на 2 групи залежно від методу оперативного втручання: I група – 158 (80,6%) хворих з псевдокістами ПЗ, II група – 38 (19,4%) хворі, яким проводилась корекція ГПП.

У 77 хворих оперативне лікування вдалося обмежити малоінвазивними способами. Ендоскопічне внутрішнє дренивання виконали в 51 хворого з псевдокістами (ПК) підшлункової залози. У другій групі хворих, залежно від ступеня дилатації ГПП виконували наступні види оперативних втручань: при дилатації ГПП I ст. – стентування, вірсунготомія – 26 хворих, при дилатації II – III ст. – дреноючі оперативні втручання.

Резекційні способи лікування ПК підшлункової залози проведено 24 пацієнтам. Серед 83 хворих, яким були виконані лапаротомні операції внутрішнього дренивання, ускладнення розвинулися лише у 3 випадках, проте у двох закінчилися летально (1,3%).

Основною метою хірургічного лікування ХП є органозберігаюча концепція виконання оперативних втручань, що дозволяє не тільки частково відновити пасаж панкреатичного секрету підшлункової залози, але і зберегти інкреторну функцію органу та ліквідувати больовий синдром у частини хворих.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ

Сипливиий В. А., Евтушенко Д. В., Петренко Г. Д., Шадрин О. В., Доценко В. В.

Харковский национальный медицинский университет

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) является одной из наиболее распространенных и значимых болезней современного общества. В наше время ЖКБ в развитых странах страдает 10 – 15% мужчин и 25% женщин, при этом число больных ЖКБ за каждые 10 лет увеличивается в 2 раза.

Цели работы: Провести анализ эффективности малоинвазивных эндоскопических хирургических вмешательств у пациентов с обструктивной желтухой доброкачественного генеза

Приведен ретроспективный анализ результатов лечения 156 больных с обструктивной желтухой доброкачественного генеза, в лечении которых применялись эндоскопические технологии. Мужчин было – 61(39%), женщин 95(61%). Возраст больных колебался от 31 до 88 лет, средний возраст при этом составил $63,7 \pm 0,6$ лет.

Эндоскопические методы лечения (эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией – ЭПСТ) применены у всех 156 пациентов. Для анализа и классификации осложнений использовалась шкала Clavien – Dindo.

Суммарно у 148 пациентов удалось добиться удаления конкрементов, вызывающих обструкцию, эндоскопически. Одномоментно разрешение обтурационной желтухи достигнуто у 134(85%) случаях. У 8(5,6%) пациентов из – за выраженных изменений зоны БДС, кровотечения из угла папиллотомной раны вмешательство было прекращено, а через 3–5 суток было выполнено повторное успешное эндоскопическое вмешательство.

У 6 пациентов после разрешения желтухи эндоскопическим вмешательством было произведено наружное дренирование холедоха через культю пузырного протока во время лапароскопической холецистэктомии.

У 8 пациентов эндоскопическая коррекция желчотока была безуспешной и им выполнено открытое оперативное вмешательство .

після включення в комплексне лікування ВТЕІ усі зазначені показники, за виключенням неферментативного фібринолізу зазнають суттєвого зниження.

Ефект внутрішньотканинного електрофорезу на фібринолітичну систему крові у хворих на АОС полягає у підвищенні інтенсивності ферментативного лізису фібрину за збільшення потенційної активності плазміногену і нормалізації Хагеман—залежного фібринолізу.

Застосування в комплексному лікуванні внутрішньотканинного електрофорезу з ізокетом сприяє зниженню загального потенціалу гемокоагуляції за суттєвого підвищення протизгортаючих властивостей крові, швидко підвищує фібринолітичний потенціал плазми крові і відновлює резерви плазмового фібринолізу, суттєво зменшує інтенсивність інтраваскулярного фібриногенезу.

МОЖЛИВОСТІ КОМПЕНСАЦІЇ КРОВОПЛИНУ ПРИ ТРОМБОЗАХ У КАВАЛЬНОМУ ВЕНОЗНОМУ КОЛЕКТОРІ

Русин В. І., Корсак В. В., Попович Я. М., Бойко С. О.

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Лікування тромбозів в системі НПВ досі не стандартизовано, відсутній єдиний погляд як на різні схеми консервативної терапії (терапія низькомолекулярними гепаринами, системний і регіонарний тромболізис), так і на численні хірургічні методи лікування (плікація НПВ, тромбектомія на тлі прискороного кровотоку або без нього, імплантація кава—фільтрів та ін.).

Однією з причин відсутності чіткого підходу до лікування даної серйозної патології є відсутність уяви про анатомічні особливості венозної системи нижньої порожнистої вени, особливо про широкі компенсаторні можливості колатерального венозного кровоплину при тромбозах у кавальному колекторі.

Мета дослідження. Вивчити анатомічні передумови компенсації венозного кровоплину при тромбозах у кавальному венозному колекторі.

В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 43 хворого з тромбозами нижньої порожнистої вени, яких проліковано у відділенні хірургії магістральних судин та урології Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2008 – 2014 років. Вік хворих становив від 32 до 71 років, середній вік – $51 \pm 2,6$ роки.

Золотим стандартом діагностики пацієнтів з ТГВ системи нижньої порожнистої вени (НПВ) залишається ультразвукова діагностика. Всім пацієнтам в якості скринінгу виконували ультразвукові доплерографію та дуплексне сканування.

Найбільше значення в порушенні відтоку має венозний колектор. У колектор завжди впадає приносна магістраль та декілька колатералей – здатних частково компенсувати непрохідність приносної магістралі, а виходить одна виносна магістраль, яка є приносяною для вищерозміщеного сегмента.

Основними колатеральними шляхами компенсації венозного кровоплину у системі нижньої порожнистої вени є басейн глибокої стегнової та внутрішньої клубової вен, велика та мала підшкірні вени, венозні сплетення малого тазу та поперекової ділянки.

При тромботичній оклюзії інтрааренального та супрааренального 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 ревазуляризації 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%. Прокідність 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%.



вираженим больовим синдромом. Раневі дефекти в місцях оперативного втручання були невеликих розмірів, з незначно вираженими явищами перифокального запалення, виповнювалися грануляційною тканиною на 3–4 добу.

Після лазерної геморойектомії звертань хворих, які були прооперовані з приводу різних форм геморою, з приводу скарг зі сторони анальної ділянки не було.

Висновки

Застосування лазерних технологій при геморойектомії дозволяє мінімізувати больовий синдром, скоротити післяопераційний період та середній ліжко– день у порівнянні з хворими, прооперованими за методикою Мілліган–Моргана.

Репаративні процеси в післяопераційних ранах протікають активніше, зі значно меншим перифокальним запаленням у хворих, які прооперовані за допомогою лазерних технологій.

Застосування лазерних технологій забезпечує задовільні результати у віддаленому післяопераційному періоді.

РОЛЬ ІМУНОКОРИГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Філіп С. С., Серветник П. Ф.

Ужгородський національний університет

Вивчення показників імунітету при гострому панкреатиті (ГП) свідчить про зміну як клітинних, так і гуморальних факторів. Якісні і кількісні зсуви імунної реактивності організму хворого виявляються вже в перші дні захворювання, що створює можливості для прогнозування протікання захворювання і визначення тактики лікування хворого.

Мета дослідження: покращення результатів лікування хворих на ГП за рахунок використання в комплексному лікуванні імуномодуляторів.

Проведено аналіз результатів лікування 239 хворих з панкреатогенним інфільтратом (ПІ), які перебували на лікуванні у хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А. Новака, м. Ужгород. Перші ознаки інфільтрату проявились у терміни від 2 до 11 доби з моменту захворювання, в середньому – на 6–7 добу, максимальних розмірів інфільтрат досягав на 10–23 добу, в середньому – на 16 добу. Серед усіх 239 хворих з ПІ, він спостерігався при важкому ГП у 231 (96,7%) випадку.

Для оцінки порушення функції імунної системи при ГП нами були відібрані 9 найбільш прогностично значимих показників, що характеризують фагоцитарну, гуморальну та клітинну ланки імунітету – лейкоцити, лімфоцити, Т–лімфоцити, В–лімфоцити, імуноглобуліни А, G, M, спонтанний НСТ–тест, активований НСТ–тест.

Було встановлено, що у хворих з неускладненим перебігом ГП імунна відповідь на 2–3 добу захворювання характеризується наявністю помірного лейкоцитозу ($12,6 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$), 2–3 кратним збільшенням метаболічної активності нейтрофілів, відносною лімфопенією ($11,9 \pm 0,8 \%$) на фоні помірного зниження абсолютної кількості лімфоцитів ($1,39 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$). Відносна і абсолютна кількість Т–лімфоцитів реєструється в межах норми, а кількість В–лімфоцитів знижується на 30–35%. Концентрація імуноглобулінів класів А, М і G в сироватці крові реєструється в межах норми.

У хворих з неускладненою резорбцією інфільтрату показники імунограми на 2–3 добу від початку захворювання були близькі до "вихідних патологічних значень", зміни більше ніж на одне, але менше ніж на два стандартні відхилення були зареєстровані у них по 1–3 показниках із 9. Пацієнтам цієї групи введення імунокорегуючих речовин, в комплекс лікувальних заходів, не було потрібне. При контролі імунограми на 12–14 добу захворювання показники імунограми були в межах фізіологічної норми.

У пацієнтів, з переходом інфільтрату в асептичні деструктивні ускладнення, різниця початкової імунограми від "вихідних патологічних змін" у перші три дні захворювання більше ніж на одне, але менше ніж на три стандартних відхилення відмічались по 3–4 показниках із 9, що не потребувало включення в комплекс лікувальних заходів імуномодуляторів. Не пізніше 4 діб від початку захворювання пацієнтам із порушеною функцією фагоцитарної ланки імунітету призначали поліоксидоній по 6,0 мг внутрішньом'язево або внутрішньовенно кожного дня протягом 3–5 діб. При дефіциті імуноглобулінів призначали імуноглобулін людини нормальний рідкий 5% (БІОВЕН МОНО) у дозі 50,0–75,0 мл внутрішньовенно. При порушенні клітинного ланцюга імунітету призначали імунофан по 50 мкг внутрішньом'язево протягом 5 днів. Показники імунограми у пацієнтів цієї групи нормалізувались на 12–14 добу захворювання.

У хворих з важким ГП, який ускладнений розвитком панкреатогенного інфільтрату, вторинний імунодефіцит виявляється уже у фазу панкреатогенної токсемії і характеризується наявністю відносної і абсолютної лімфопенії, зниженням абсолютної кількості Т–лімфоцитів, В–лімфоцитів, зниженням концентрації імуноглобулінів М і G, на фоні активації факторів природного імунітету. Всі ці зміни потребують включення в комплекс лікувальних заходів – імуномодуляторів.

АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Фомін П. Д., Іванчов П. В., Сидоренко В. М., Андрусенко О. М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Розвиток ускладнень злоякісного пухлинного ураження товстої кишки кровотечею за зведеними статистичними даними вітчизняних та зарубіжних клінік коливається в межах від 6,2% до 40%, а в структурі кишкових кровотеч колоректальний рак складає від 9% до 16%. Пацієнти з гострокровоточивим колоректальним раком за даними нашої клініки складають 21,6% в структурі кишкових кровотеч та 29,7% в структурі ускладненого колоректального раку. На теперішній час питання діагностики та лікування колоректального раку залишається актуальним.

Мета – покращення результатів хірургічного лікування хворих з гострокровоточивим колоректальним раком (ГКРР).

У клініці за період 2002–2013 рр. лікувався 241 пацієнт з ГКРР. I стадія захворювання встановлена у 13(5,4%) хворих, II стадія – у 142(58,9%), III стадія – у 41(17,0%), IV стадія – у 45(18,7%).

Аналіз результатів лікування хворих проведений у двох періодах, що відповідають етапам вдосконалення і впровадження у клінічну практику алгоритму вибору хірургічної тактики у хворих з ГКРР в умовах надання екстреної допомоги: I період (148) – хворі, що знаходилися на лікуванні в нашій клініці за період з 2002 по 2009

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