

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

УХІІІ З'ЇЗД ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

Київ
"Клінічна хірургія"
2015

**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.

из—за вираженого спечного процесу операція продовжена лапаротомним методом. Відеолапароскопічне дренирування брюшної порожнини при панкреонекрози виконано у 79 хворих (10%), діагностична відеолапароскопія виконана у 26 хворих (3,12%) і 162 відеолапароскопічних оперативних втручання виконано при ургентній гінекологічній патології.

Аналізуючи отримані дані можна зробити висновок, що основними протипоказаннями до відеолапароскопічних оперативних втручання є раніше перенесений розлитий гнійний перитоніт, операції по приводу спасної хвороби брюшної порожнини, тривалість захворювання більше 72 годин з симптомами розлитого перитоніту.

По результатам застосування відеолапароскопії в ургентній хірургії встановлено, що середня тривалість перебування хворих з острим холециститом становила 8,1, при острим апендициті 6,8, при спасній хворобі 10,8, при панкреонекрози 13,7. Осложнень в ранньому післяопераційному періоді у хворих не спостерігалося.

Висновки

Відеолапароскопічні оперативні втручання в ургентній хірургії значно зменшують ризик післяопераційних ускладнень. Дозволяють виконати більш якісну діагностику.

Зменшення операційної травми активізує хворих в ранньому післяопераційному періоді, скорочує строки перебування в стаціонарі.

Виробка показань і протипоказань до відеолапароскопічного оперативного втручання запобігає розвитку інтраопераційних ускладнень.

ПОВТОРНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНОГО ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Суходоля А. І., Петрушенко В. В., Суходоля С. А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Хронічний панкреатит (ХП) — це безперервне рецидивуюче запальне захворювання, що характеризується прогресуючими та незворотніми морфологічними змінами в підшлунковій залозі (ПЗ) і призводить до постійного болювого синдрому та погіршення її функції. Подальший розвиток хвороби ускладнюється цукровим діабетом, стеатореєю, втратою маси тіла і, як результат, зниження якості життя хворих з ХП.

Мета: вивчити та проаналізувати результати диференційованого підходу до оперативного лікування ускладнених форм ХП, використовуючи інвазивні та неінвазивні методи обстеження.

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 170 пацієнтів з ускладненим ХП, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Хмельницької обласної лікарні з 2006 по 2014 рік. Чоловіків було 122 (71,7%), жінок 48 (28,3%). Пацієнтам виконувались неінвазивні (МСКТ, УЗД, Ro, біохімічні аналізи крові, сечі та асцитичної рідини, фекальної еластази—1) та інвазивні (ЕРХПГ, інтраопераційна пункційна панкреатівірсунгографія) методи обстеження, які дозволяли встановити та підтвердити діагноз. Показання до хірургічного лікування були на-

явність больового синдрому, що вимірювався згідно міжнародного опитувальника MOS SF—36 та ВАШ, дилатованого головного панкреатичного протоку, рідинних утворень, компресії дванадцятипалої кишки та термінального відділу холедоха. В більшості хворих була екзокринна недостатність ПЗ, що підтверджувалась шляхом визначення фекальної елестазі. Спектр хірургічної допомоги передбачав виконання дренуючих, резекуючих та комбінованих оперативних втручань, що відповідають світовим стандартам лікування ускладнених форм ХП.

Більшість пацієнтів поступили та були прооперовані в плановому порядку. У 82 (48%) пацієнтів, з рідинними утвореннями проводилась інтраопераційна пункцій на панкреатівірсунгографія, що дозволило у 50 (61%) з них виявити сполучення кісти з дилатованим протоком. Операція Пестова—Джиллсі виконана у 60 (35,3%), операція Фрея у 20 (11,8%), операція Бегера у 4 (2,4%), панкреатодуоденальна резекція (операція Whipple) виконана у 13 (7,6%), дистальна резекція ПЗ у 7 (4,2%), дренування рідинних утворень у 41 (24%) пацієнта. При панкреатичному асциті та плевриті, у 8 (4,7%) пацієнтів, ми формували керовану зовнішню панкреатичну норицю з послідувачим їй радикальним усуненням шляхом накладання панкреатоєюноанастомозу. Операція Ізбіцкі виконана у 7 (4,2%) пацієнтів. У 30 (17,6%) випадках декомпресії ДПК та холедоха виконувались повторні операції — формували обхідний гостро—ентеро та холедохо—ентеро анастомоз на попередньо залишеній довшій Ру—петлі.

В ургентному порядку поступили 10 (6%) пацієнтів із загостренням хронічного панкреатиту — виконано розкриття та дренування запливів. З часом у 5 (50%) з них сформувалася стійка зовнішня панкреатична нориця з дебітом соку 350—800 мл на добу. Даним хворим виконувались повторні оперативні втручання з закриття нориці шляхом ліквідації її, візуалізації вірсунгового протоку та накладання панкреато—єюноанастомоза на Ру петлі.

Висновки

ХП є досить складною патологією, що вимагає комплексного широкого обстеження та надання кваліфікованої хірургічної допомоги. Як правило, спостерігаючи пацієнтів у динаміці, можемо стверджувати про необхідність етапності оперативних втручань та інтенсивну медикаментозну підтримку у подальшому, так як ХП часто рецидивує та прогресує.

МОЖЛИВОСТІ МІНІІНВАЗИВНИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Тутченко М. І., Рудик Д. В., Слонецький Б. І., Новікова М. М.,
Зантаря Т. М., Іскра Н. І.

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Гостра кишкова непрохідність (ГКН) вважається одним з найбільш загрозливих патологічних станів в ургентній хірургії, що супроводжується високою летальністю. Найбільш частими причинами розвитку ГКН є спайкова кишкова непрохідність, на долю якої припадає до 60% всіх випадків. Довгий час відкритий вісцероліз вважався прийнятим стандартом лікування для хворих з цієї патологією, але повторні лапа-

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